

**MAESTRIA EN SALUD PÚBLICA
UNIVERSIDAD DEL NORTE**

**“PERCEPCIÓN DE TRABAJADORES DE LA SALUD Y USUARIOS DEL
SISTEMA SOBRE LA LEY 1751 DE 2015 Y ABORDAJE DE BARRERAS PARA
EL DESARROLLO DE UN MODELO DE SALUD ALTERNATIVO”**

FARID ALONSO VIEIRA GONZALEZ

**Tesis Para Optar por el Grado de:
“Magister de la Universidad del Norte en Salud Publica”**

Barranquilla, Noviembre de 2015

**“PERCEPCIÓN DE TRABAJADORES DE LA SALUD Y USUARIOS DEL
SISTEMA SOBRE LA LEY 1751 DE 2015 Y ABORDAJE DE BARRERAS PARA
EL DESARROLLO DE UN MODELO DE SALUD ALTERNATIVO”**

FARID ALONSO VIEIRA GONZALEZ
Candidato a Magister en Salud Pública

Carmen Cecilia Laborde Cárdenas
Directora Trabajo de Tesis de Maestría

Rafael Tuesca Molina
Asesor Trabajo de Tesis de Maestría

MAESTRIA EN SALUD PÚBLICA
UNIVERSIDAD DEL NORTE
BARRANQUILLA- COLOMBIA
2015

ESTA TESIS DE MAESTRÍA HA SIDO APROBADA POR LA MAESTRÍA EN
SALUD PÚBLICA. DEPARTAMENTO DE SALUD PÚBLICA.
DIVISION CIENCIAS DE LA SALUD DE LA UNIVERSIDAD DEL NORTE

RAFAEL TUESCA MOLINA
COORDINADOR DE LA MAESTRIA

.....

Carmen Cecilia Laborde Cárdenas
Directora de la Tesis

Jurado N° 1
Dra. Marjorie Cervantes

Jurado N° 2
Dr. Teófilo Ruiz

El Dr. Rafael Tuesca Molina, Coordinador y Docente de la Maestría de Salud Pública y docente del Departamento de Salud Pública, perteneciente a la División Ciencias de la Salud de la Universidad del Norte

Informa:

Que el trabajo titulado **“PERCEPCIÓN DE TRABAJADORES DE LA SALUD Y USUARIOS DEL SISTEMA SOBRE LA LEY 1751 DE 2015 Y ABORDAJE DE BARRERAS PARA EL DESARROLLO DE UN MODELO DE SALUD ALTERNATIVO”** ha sido realizado bajo nuestra tutoría y dirección por el candidato a Magister en Salud Pública **FARID ALONSO VIEIRA GONZALEZ**, considerando que este trabajo reúne las condiciones exigibles para ser sustentado y optar el grado de Magister

Rafael Tuesca Molina

Barranquilla, Noviembre de 2015

“Que La Tierra Vaya Haciendo Camino Ante Tus Pasos, Que El Viento Siempre Sople A Tus Espaldas, Que El Sol Brille Cálido Sobre Tu Cara, Que La Lluvia Caiga Suavemente Sobre Tus Campos y Hasta Tanto Volvamos A Encontrarnos, Que Dios Te Lleve En La Palma De Su Mano.”

Bendición Celta.

DEDICATORIA

A Nuestro Guía Celestial por Orientarme por el Camino del Bien y Ayudarme a Reencontrarme Con Mi Razón de Ser.

A Mi Madre Yanira González, por el Ejemplo de Lucha y Sacrificio para Educar a sus Hijos.

A Mis Hermanos por Ser Ciudadanos De Bien al Servicio de la Sociedad.

A Mis Sobrinos Dios les Dé la Sabiduría para lograr sus Metas en la Vida.

A Ruth Méndez a su esposo Álvaro Paternina e hijos por el apoyo de toda una vida.

A Mis Amigos Juan Sierra Avendaño y Yesid Pulgar Daza, por su Amistad y Apoyo Permanente durante esta etapa Académica.

“Comenzar Por Desear Ser Honesto Contigo Mismo Es El Primer Paso Hacia La Paz”

Tu Guía Interior

AGRADECIMIENTOS

A Álvaro Paternina Méndez, Artífice importante para el Cumplimiento de esta Meta

A Rafael Tuesca Molina, Carmen Cecilia Laborde Cárdenas y Luis Fernando Correa Serna por la Orientación y Enseñanzas académicas.

A todas aquellas Personas que me han aportado enseñanzas para el Crecimiento Profesional y Personal.

RESUMEN

PERCEPCIÓN DE TRABAJADORES DE LA SALUD Y USUARIOS DEL SISTEMA SOBRE LA LEY 1751 DE 2015 Y ABORDAJE DE BARRERAS PARA EL DESARROLLO DE UN MODELO DE SALUD ALTERNATIVO

Objetivo. Analizar la percepción de los trabajadores de la salud y usuarios del Sistema sobre la Ley 1751 de 2015 e identificar las barreras existentes para el desarrollo de un modelo que beneficie a grupos de interés del sector.

Metodología: Estudio Cualitativo - Cuantitativo donde se utilizaron datos procedentes de fuente primaria referente a una población entre 19 y 75 años en las ciudades de Bogotá, Barranquilla, Cartagena y Sincelejo, aplicando los siguientes criterios: Profesionales del sector de la salud con más de 3 años de experiencia, trabajadores del sector salud vinculados a empresas pertenecientes al régimen contributivo y subsidiado, Representantes de asociaciones de usuarios del sistema y Usuarios del sistema con conocimientos del proyecto de ley ordinaria 210 y la posterior Ley 1751 de 2015. Se utilizó la prueba t, correlaciones y regresiones. Esta última, con el fin de encontrar la capacidad predictiva de las variables independientes en la variable Dependiente.

Resultados: A nivel país, la percepción observada es que el sistema actual de salud es visto como una actividad mercantil donde los objetivos se centran en obtener excedentes financieros que les permitan a EPS e IPS ampliar el radio de acción de sus actividades y aumentar sus utilidades con los menores costos, lo que afecta considerablemente la oportunidad y calidad en el servicio. Se requiere por tanto, de un modelo en donde las redes estén basadas en atención primaria en salud, contemplando desde lo promocional hasta el tratamiento de la enfermedad, siendo complementarias e integrales y estando estructuradas a partir de la lectura de las necesidades en salud de la población en su territorio, no enfocada sobre la enfermedad, sino sobre la salud.

Conclusiones: La reforma estructural del Sistema de Salud se requiere dado que se trata de un derecho constitucional que debe garantizarse basado en principios de Oportunidad, Calidad de los servicios y Sostenibilidad financiera, que

no puede quedarse en sostener los negocios a costa de la vulneración de los derechos de las personas en la adecuada accesibilidad a los servicios de salud con calidad, lo que permitirá alcanzar un mejor sistema de salud, siendo necesario construirlo mediante un pacto social legítimo y pleno de la sociedad pues al ciudadano del común más que el tipo de norma expedido, lo que le importa es el respeto integral a su derecho a la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, lo que se traduce finalmente en una atención digna del ser Humano. Con la aprobación de la Ley 1751 de 2015 el modelo de salud en Colombia se concibe como un derecho fundamental de carácter autónomo, para ampliar progresivamente sus beneficios la ley ordinaria determinará un mecanismo técnico científico, de carácter público, colectivo, participativo y transparente. El desarrollo de la reforma será universal y por ello procede la supresión de los regímenes subsidiado y contributivo, también prevé los componentes de promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento, recuperación, rehabilitación y paliación de las enfermedades de acuerdo con las necesidades de los usuarios, los hospitales públicos por su parte, serán evaluados por su rentabilidad social y no económica, además, se reconoce la autonomía médica, la regulación de los precios en toda la cadena que interviene en el mercado de medicamentos y la provisión de los recursos necesarios para garantizar el derecho a través de todas sus fuentes de financiación

Palabras Claves: Cobertura de los servicios de salud, equidad en salud, reforma a la atención en salud, derecho a la salud

ABSTRAC

PERCEPTION OF HEALTH WORKERS AND USERS OF THE 1751 ACT OF 2015 AND ADDRESSING BARRIERS TO THE DEVELOPMENT OF A MODEL OF ALTERNATIVE HEALTH

Objective. Analyze the perception of healthcare workers and users on the 1751 Law of 2015 and identify the barriers to the development of a model that will benefit stakeholders in the sector.

Methods: Qualitative and quantitative study where data from primary source reference is used at a population between 19 and 75 years in the cities of Bogota, Barranquilla, Cartagena and Sincelejo, using the following criteria: Professionals in the health sector with more than 3 years' experience, health workers linked to companies belonging to the contributory and subsidized, representatives of associations of users of the system and system users with knowledge of ordinary bill 210 and the subsequent 1751 act of 2015 scheme t test was used, correlation and regression. The latter, in order to find the predictive ability of the independent variables on the dependent variable

Results: At the country level, perceived observed is that the current health system is seen as a commercial activity where the objectives are to obtain financial surplus to enable them to EPS and IPS expand the range of their activities and increase their profits with the lower costs, which significantly affects the timeliness and quality of service. It will require therefore a model where networks are based on primary health care, watching from the coupon to the treatment of the disease, being complementary, comprehensive and being structured from reading the health needs of the population on its territory, not working on the disease, but health

Conclusions: The structural reform of the health system is required since this is a constitutional right that must be guaranteed based on principles of timeliness, quality of services and financial sustainability, which can not remain in sustaining business at the expense of violation of rights of individuals in the proper

accessibility to quality health services, which will achieve a better health care system, being necessary to build it through a legitimate and full incorporation of the company for the ordinary citizen than the standard type issued, what matters is the full respect for their right to health, disease prevention, diagnosis, treatment, rehabilitation, which eventually translates into decent care of the human being. With the approval of Law 1751 of 2015 the health model in Colombia is conceived as an autonomous fundamental right to progressively expand its benefits ordinary law will determine a scientific technical mechanism, public, collective, participatory and transparent. The is universal and therefore applicable the abolition of subsidized and tax regimes, it also provides the components of health promotion, prevention, diagnosis, treatment, recovery, rehabilitation and palliation of disease according to the needs of users, public hospitals for their part, will be evaluated by their social and not economic profitability further medical autonomy, the regulation of prices throughout the chain involved in the drug market and the provision of necessary resources is recognized to ensure right through all sources of financing.

Keywords: Health Services Coverage, Equity in Health, Health Care Reform, right to health

CONTENIDO

	Pág.
LISTA DE TABLAS	12
LISTA DE GRAFICAS	13
INTRODUCCIÓN	15
Planteamiento y justificación	15
1. MARCO TEORICO Y ESTADO DEL ARTE	25
2. OBJETIVOS	40
2.1 General	40
2.2 Específicos	40
3. MATERIALES Y METODOS	41
3.1 POBLACION Y MUESTRA	43
3.1.1 Unidades finales de análisis	44
3.2 INSTRUMENTO	44
3.2.1 Recolección de información	45
3.3 CARACTERIZACION DE VARIABLES	45
3.3.1 Variables de estudio	45
3.3.2 Operacionalización de variables	48
3.4 ANALISIS ESTADISTICO DE LOS DATOS	49
4. RESULTADOS	50
5. DISCUSIÓN	68
6. CONCLUSIONES	74
7. RECOMENDACIONES	81
8. BIBLIOGRAFIA	87
ANEXOS	91

LISTA DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. Participación de la población en el sistema de salud	17
Tabla 2. Principales modelos usados en salud pública	30
Tabla 3. Principales teorías usadas en salud publica	31

LISTA DE GRAFICAS

	Pág.
Grafica 1. Afiliados al régimen contributivo	36
Grafica 2. Cobertura del régimen subsidiado	37
Grafica 3. Trámite legislativo de la ley estatutaria	40
Grafica 4. Composición por género de los encuestados	52
Grafica 5. Grado de formación académica	53
Grafica 6. Tipo de relación con el sector salud	54
Grafica 7. ¿Por qué considera que es necesario reformar el sistema actual De salud?	55
Grafica 8. ¿Por qué considera que es necesario reformar el sistema actual De salud? – Por tipo de relación con el sector salud	56
Grafica 9. ¿Qué aspectos considera se deberían conservar del actual Sistema?	57
Grafica 10. ¿Qué aspectos considera se deberían conservar del actual Sistema? – Por tipo de relación con el sector salud	58
Grafica 11. ¿Cuáles aspectos del actual sistema considera que se deben Cambiar?	59
Grafica 12. ¿Cuáles aspectos del actual sistema considera que se deben Cambiar? – Por tipo de relación con el sector salud	61

- Grafica 13. ¿Por qué cree que la reforma planteada por el gobierno ha
Generado tanta controversia, debate y oposición por parte
De la comunidad médica? 62
- Grafica 14. ¿Por qué cree que la reforma planteada por el gobierno ha
Generado tanta controversia, debate y oposición por parte
De la comunidad médica? – Por tipo de relación con el sector salud 65
- Grafica 15. ¿Cree que dentro de los aspectos planteados en el proyecto
De reforma existen puntos que generarían vacíos o
Inconsistencias jurídicas? 66
- Grafica 16. ¿Cree que dentro de los aspectos planteados en el proyecto
De reforma existen puntos que generarían vacíos o
Inconsistencias jurídicas? – Por tipo de relación con el sector salud 68

INTRODUCCIÓN

Planteamiento y Justificación.

¿Cuál es la percepción de los trabajadores de la salud y usuarios del sistema sobre la reforma al sistema planteado por el gobierno en la Ley 1751 de 2015 o Ley Estatutaria de Salud y que barreras identifican estos grupos de interés para el desarrollo de un modelo de salud alternativo que beneficie a grupos de interés del sector?

Históricamente, existen tres periodos en los cuales se pueden apreciar los cambios más importantes que ha presentado la prestación del servicio de salud: el primero se inicia con la promulgación de la Constitución de 1886 hasta mediados de 1950 donde prevaleció lo que se puede denominar el “modelo higienista” (1) Bajo este modelo, la provisión de salubridad pública se limitaba a atender aspectos de carácter sanitario, mientras que la atención preventiva y curativa en salud tenía que ser financiada por los propios usuarios o por algunas instituciones religiosas de caridad. Hacia 1945 se crea la Caja Nacional de Previsión que atendía la salud de los empleados públicos y, para 1946, el Instituto Colombiano de Seguros Sociales que atendía a los empleados del sector privado formal.

El segundo periodo, que va desde 1970 hasta 1989, se caracteriza por la creación del Sistema Nacional de Salud bajo el esquema de subsidios a la oferta, en el entendido que los recursos del gobierno central para la salud eran transferidos a la red de instituciones públicas hospitalarias. En este periodo, el servicio de salud se convierte en parte integral de la planeación socioeconómica del país. También se crea un esquema tripartito (estado - empleadores - empleados) de financiación para la prestación de los servicios de salud a la población trabajadora formal; sin embargo, tal sistema seguía sin proporcionar una atención integral en salud a la población de escasos recursos.

El tercer periodo arranca desde 1990, con la expedición de la Ley 10 en acuerdo con el artículo 36 de la Constitución Política del 86 que elevó el servicio de salud al rango de servicio público, hasta la actualidad. En este período hubo dos fuerzas importantes que determinaron los cambios institucionales que experimentó el sistema de salud pública en Colombia: La primera es la Constitución Política de 1991, según la cual Colombia se declara como un Estado Social de Derecho que consagra la vida como un derecho fundamental e inviolable (Art.11) y se deriva la obligatoriedad jurídica para la provisión de servicios de salud por parte del Estado. Bajo este marco, la Constitución de 1991 eleva a la Seguridad Social como “un servicio público de carácter obligatorio” (Art.48), dentro de la cual “la atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado” (Art.49)

La segunda fuerza es el conjunto de reformas estructurales emprendido con gran ímpetu a partir de 1990 y que siguió los lineamientos del Consenso de Washington, las reformas estructurales tendientes a la privatización de algunas empresas del Estado, en combinación con la creación de incentivos de mercado para la competencia en la prestación de servicios sociales como la salud, inspiraron la concepción del esquema de competencia regulada que se instauró en Colombia a partir de la Ley 100 de 1993 aprobada por el congreso el 23 de diciembre de ese año, que aparte del tema de la salud, se ocupa también de las pensiones y de los riesgos profesionales, introduciendo cambios sustanciales en cuanto a la prestación de los servicios de salud para los trabajadores colombianos.

Al respecto, la población participa en el sistema en una de varias formas, esquematizado en la siguiente tabla:

Tabla 1
Participación de la Población en el sistema de salud

RÉGIMEN	CONTRIBUTIVO	SUBSIDIADO	VINCULADOS
Características	Asalariados y trabajadores independientes	Población pobre y vulnerable, identificada por el SISBEN Estratos 1 y 2	Pobres y no pertenecientes a alguno de los regímenes
Población estimada (% del total) a 1996	25% incluyendo la familia del trabajador	20%-25%	50%-55%
Entidades afiliadoras	EPS	EPS-S, ESS, CCF	Se trasladan al subsidiado según existencia de recursos.
Entidades prestadoras de servicios	IPS públicas o privadas	IPS, ESE	ESE
Aportes	12% del salario, cuotas moderadoras y copagos	Cuota de participación	Pago de tarifas según capacidad económica
Financiación	Aportes del empleador y trabajador	FOSYGA 1% régimen contributivo	Recursos estatales de subsidio a la oferta
Posibilidad de crecimiento en cobertura	Incremento en fuentes de empleo	Incremento en recursos fiscales	Disminución por traslado a régimen subsidiado

Fuente: Ley 100 de 1993

De acuerdo a la ley y al resumen descrito en el cuadro anterior, se pretendía que toda la población del país tuviera seguridad social en el año 2001, lo cual aún hoy no ha sido posible a pesar de los recursos fiscales destinados para financiar el sistema son mayores en la actualidad. Resulta inquietante que la ampliación proyectada para el régimen subsidiado en cuanto a la cobertura de la población y la inclusión de más servicios de salud que anteriormente no estaban incluidos en el POS-S, se haría con base a la fuente de financiación que provenía del situado fiscal, de las regalías del petróleo y al uno por ciento (1%) que trasladan

por solidaridad las Entidades Promotoras de Salud del régimen contributivo (EPS) correspondientes a los asalariados de más de 4 salarios mínimos, recursos que no se aumentaron de acuerdo con las necesidades que demanda el sistema. Para el año 1995 la Ley contemplaba que los municipios debían destinar a salud 15% del situado fiscal y se presentó una reacción general negativa en el país debido a la falta de recursos propios de los entes municipales para financiar el sostenimiento de la administración local y realizar inversiones lo que modificó temporalmente la posibilidad de destinar los dineros a la salud. Asimismo, el Ministerio de Salud al no disponer de financiación para los hospitales, destinó recursos del régimen subsidiado a sufragar la oferta mediante partidas destinadas a los hospitales.

Con el paso del tiempo, los recursos proyectados para el fortalecimiento del sistema de salud y de la red pública de prestadores de servicios de salud, no fueron suficientes, porque lo que se dio fue una fuerte transferencia para el sector privado en el cual los intermediarios del sistema que son las EPS tanto del régimen contributivo como del subsidiado hoy denominadas Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB), fortalecieron la contratación de los servicios de salud con la red privada. Por otra parte las EPS del Régimen Contributivo solo aportaron el 40% de los recursos proyectados para contribuir en la financiación del régimen subsidiado bajo el principio de solidaridad del que habla la ley, lo que generó un faltante que afecta significativamente la financiación del régimen subsidiado. (2) La desaceleración económica que ha ocasionado el cierre de muchas empresas generadoras de empleos formales, ha afectado considerablemente el crecimiento del régimen contributivo que es donde se encuentran asegurados todos los trabajadores que se encuentran vinculados con todos los derechos laborales que incluye por supuesto la afiliación a un sistema de seguridad social del trabajador y su núcleo familiar. Al disminuir las fuentes formales de empleo, el crecimiento proyectado del régimen contributivo y los aportes que este debía hacer para ayudar a financiar el régimen subsidiado se afectaron negativamente ya que a la fecha de implementación del actual sistema

de seguridad social se estimaba que el régimen contributivo tendría una mayor cobertura poblacional generado por el crecimiento de fuentes de empleo formal, pero lo que ocurrió fue todo lo contrario, las fuentes de empleo formal disminuyeron por la crisis económica del sector productivo lo que generó que hoy día el régimen subsidiado sea mayor. (3) Por el otro, los aportes del petróleo y de las cajas de compensación se limitaron al solo enunciado. Además, la parte de los Ingresos Corrientes de la Nación (ICN) transferida a los municipios no se ha manejado de la manera más eficiente, de hecho, del 25% que debe destinarse a la salud, el 15% de estos recursos no se invierten en el fortalecimiento de la red pública hospitalaria con la finalidad de mejorar la capacidad resolutive de estas entidades y así causar un mayor impacto en la calidad de los servicios de salud prestados por la red pública y el restante 10% como es de libre inversión generalmente lo utilizan para amortizar las deudas de los entes territoriales cuyas arcas casi siempre mantienen indicadores negativos. (4)

En ese orden de ideas, la ley durante todos estos años ha desestimado la financiación de hospitales públicos, eliminando todos los subsidios y condicionando que los mismos gestionen la venta de servicios para permitir la fluidez de recursos necesarios para su sostenibilidad, aspecto que ha sido muy difícil implementar dado que los hospitales públicos no estaban preparados para entrar a competir con empresas del sector ya que estas últimas pueden adoptar cambios mucho más rápidos que le permitan mejorar la eficiencia de sus servicios y hacerlas más productivas y sostenibles. El desconocimiento técnico en políticas de mercadeo de las directivas de las entidades públicas del sector de la salud sumado a la falta de sentido de pertenencia del talento humano de los hospitales públicos ha afectado considerablemente la sostenibilidad económica de la red pública que presta los servicios de salud. Otra problemática es el desempleo e incremento del subempleo y la informalidad, un gran número de personas han migrado del régimen contributivo al subsidiado los cuales, según la ley, deben ser atendidos por la red pública hospitalaria pero en muchas ocasiones por falta de

una adecuada organización de una base de datos única de afiliados del sistema, no hay un asegurador que garantice el pago de los servicios prestados, ingrediente que junto con otros factores repercutieron en el cierre y la quiebra de muchos hospitales. Al parecer, esta situación favoreció la actitud deshumanizada en la atención: no hay con qué trabajar, ni con qué cancelar a trabajadores y proveedores, se deteriora la calidad del servicio y aquellos quien no tengan medios económicos “*les toca*” – literalmente – rogar para que los atiendan y mendigar para conseguir las medicinas (5). De hecho, la inequidad del sistema ha llevado a que las EPS no solo hagan discriminación según el tipo de afiliación, sino que tengan procedimientos deliberadamente dirigidos a discriminar con el criterio de ahorrar y ganar. Por eso, se generalizó la práctica de acudir a la tutela para exigir acceso a tratamientos especializados no contemplados en el POS que era de menor cobertura en el régimen subsidiado, donde se encuentra la población más pobre y vulnerable o para acceder a unos tratamientos de medicamentos costosos, impulsada con intenciones de mercado mediado presuntamente por multinacionales del sector farmacéutico en el país, así se llegó a 500 mil tutelas por asuntos de salud desde la aprobación de la Ley 100 de 1993 y a un desajuste estructural del sistema (6).

Con este panorama, el acceso a la salud de más de 10 millones de colombianos en situación de vulnerabilidad y condición de pobreza, encuentran bloqueadas las puertas de los servicios en hospitales que se declaran en quiebra por las deudas acumuladas en las EPS y el Fondo de Seguridad y Garantía (Fosyga) a lo cual hay que añadir los problemas estructurales del sistema y cómo afrontarlos: por ejemplo, ¿qué hacer con las barreras económicas que limitan el acceso a los servicios de salud, en especial para los afiliados en situación de pobreza? ¿Qué hacer con el incremento de tutelas? ¿Qué hacer con los servicios no POS? ¿Cómo garantizar el flujo de recursos financieros dentro de las instancias del sistema? ¿Cómo fortalecer la débil regulación del Estado a favor de los

ciudadanos en un contexto donde los actores privados han ganado poder económico y político para incidir o decidir en el rumbo de la política de salud?

Por los interrogantes anteriores, se hizo necesario realizar una investigación para conocer la percepción de los trabajadores de la salud y usuarios del sistema sobre la reforma al sistema planteada por el gobierno en la Ley 1751 de 2015 o Ley Estatutaria de Salud y que barreras identifican para el desarrollo de un modelo de salud alternativo que beneficie grupos de interés del sector.

De hecho, esta reforma, esbozada por la administración del Presidente Santos con la participación y discusión de algunos sectores es considerada como prioridad para el país. Con ello, el objeto fundamental de este marco legal es reducir las barreras de acceso a servicios, elevar la calidad y continuidad, eliminar las fallas en la promoción y prevención, reducir la intermediación financiera, elevar la transparencia para recuperar la legitimidad y confianza entre los actores que garantice una mejor regulación y supervisión así como mejorar la atención en las zonas especiales (minorías étnicas y habitantes de zonas dispersas) (7) Para lograrlo, la Ley Ordinaria 210 propone la creación de áreas de gestión sanitaria, con redes de prestadores de servicios en tres categorías: básica, especializada y especial, que se diferencian por el nivel de complejidad de los servicios y por las condiciones de salud de la población a cargo. Los requisitos de habilitación de las redes serían definidos por el ministerio, en otras palabras, cada servicio tendrá un costo y una prestación específicos, dependiendo de las condiciones de salud de cada afiliado. Los nuevos administradores, que reemplazarán a las EPS, tendrán a su cargo la operación de la red de atención básica y gestionaran riesgo en las redes especializadas y especiales, por lo que podrán operar en principio, en ambos regímenes siempre y cuando cuenten con un número mínimo de afiliados en las áreas donde operen.

Con respecto a la financiación, los recursos, son transferidos del Fosyga a las EPS, el problema surge cuando estas no realizan acuciosamente los giros a los hospitales. Con el fin de corregir este desbalance el Proyecto de Ley Ordinaria 210 propone que todos los prestadores que integren las redes recibirán un giro directo mensual por un valor fijo, de conformidad con los servicios que presten, y un monto variable previa verificación de la información presentada y al desempeño, es decir, se haría un pago fijo a los administradores por la prestación completa de la atención a los usuarios en la red básica y por garantizar el envío de la información requerida. Por la gestión del riesgo en las entidades especializadas y especiales, se recibirá una Unidad de Pago por Captación – UPC – como ocurre con el actual sistema. El esquema planteado incentiva a los administradores para que promuevan las acciones y servicios de la atención básica. (8)

En lo que respecta a los mal llamados “pacientes de alto costo” la reforma contempla dos opciones: la atención mediante redes especializadas pagadas plenamente por el estado o, alternativamente, la atención por parte de las redes (administradas por los gestores) por cuenta del esquema de reaseguro. El reaseguro consiste en que la población inicialmente asegurada, los administradores de planes de beneficios estarían en la obligación de asegurar a la población asignada con un seguro que los ampare y garantice la sostenibilidad financiera de los tratamientos de las enfermedades de alto costo o catastróficas, llamadas así por ser enfermedades que impactan al sistema de manera considerable por su alto consumo de recursos económicos y el porcentaje de curación del paciente es reducido (9). Cabe señalar que estos pacientes y el sistema cuentan con un mecanismo establecido en el Decreto 481 de 2004, que permite la importación de medicamentos vitales no disponibles cuando son indispensables e irremplazables para salvaguardar la vida o aliviar el sufrimiento de un paciente y que por condiciones de baja rentabilidad en su comercialización no se encuentran disponibles en el país o las cantidades no son suficientes.

Para las actuales EPS la reforma plantea tres opciones: la primera, retirarse del aseguramiento social y especializarse en seguros voluntarios; la segunda, convertirse en administradoras (que asumen algún riesgo), gestionando la prestación de servicios de salud en un área de gestión sanitaria; y tercero, si están integradas verticalmente, podrán convertirse en prestadoras de servicios y unirse a alguna red. El Gobierno Nacional y el Ministerio de Salud y Protección Social, expresan que lo que se busca es garantizar con la reforma un modelo coherente que garantice a los colombianos el derecho fundamental a la salud con eficiencia, amabilidad y transparencia, a pesar de esto, la iniciativa ha tenido fuertes críticas tales como:

- La denominada sostenibilidad fiscal, según los contradictores, va a ocasionar que un derecho fundamental de la salud, dependa de la disponibilidad económica, del presupuesto que para este rubro destine el Gobierno.
- La creación de un fondo único de recaudo y administración, llamado Salud Mia que centralizaría no solo el manejo de los recursos de la salud, sino los temas de afiliación y administración de los usuarios
- Permite a las EPS enajenar sus inversiones, con lo cual se configura un detrimento patrimonial para el Estado, pues estas se hicieron con recursos públicos
- Se desestimula la designación por méritos en los cargos de dirección hospitalaria y se direcciona mediante una figura de designación no técnica amparada en la decisión del gobernante en la localidad Municipal o Departamental.

En ese orden de ideas, la presente investigación es considerada como una necesidad para valorar la mirada de los actores dentro del sistema de salud, dado que la reforma debe ser centrada de cara a resolver los problemas, de ahí la importancia de realizar una investigación que estudie la percepción de los trabajadores de la salud y usuarios del sistema sobre la reforma planteada por el gobierno en la Ley 1751 de 2015 o Ley Estatutaria de Salud y abordaje de

barreras para el desarrollo de un modelo de salud alternativo, los beneficios que se conseguirán es que permitirá por un lado detectar las limitantes que obstaculizan el proceso de reforma así como la elaboración de estrategias más asertivas y reales a los diferentes contextos de las partes involucradas y por el otro, construir un modelo que beneficie a grupos de interés del sector.

1. MARCO TEORICO Y ESTADO DEL ARTE

La Organización Mundial de la salud (OMS) ha diseñado una categorización cuantitativa de la cobertura, asistencia y gestión/investigación de los sistemas de salud a nivel global teniendo en cuenta la economía y desarrollo del país, elaborado a partir de variables como la desigualdad, el nivel global de salud de la población, la capacidad de respuesta del sistema, la percepción de la gente – de diferentes niveles económicos – sobre que tan bien son atendidos y quienes son los encargados de pagar los costos del sistema de salud. Colombia, que está tramitando una reforma estructural del sistema de salud para solucionar una crisis profunda del sector, ocupa el puesto 22 en el grupo de 191 Estados miembros de la OMS, por encima de otros países latinoamericanos como Chile, Costa Rica y Cuba.

A continuación se sintetiza algunos ejemplos de países con sistemas de salud con mejor posicionamiento a nivel global (10):

Francia. Combina el sector público (hospitales) y privado (clínicas) con el objetivo de hacer una cobertura de salud para todos. Los gastos de protección y seguridad social representan aproximadamente un tercio de su patrimonio nacional, es el segundo país europeo que destina más dinero al funcionamiento del sistema de salud y el tercero a nivel mundial. El estado (Parlamento, Gobierno y Ministerios) controla las relaciones entre las instituciones de financiamiento, quien además regula el sistema de salud. Dentro de la política general de salud pública está la prevención, la vigilancia sanitaria, la lucha contra las enfermedades y adicciones. Los gastos de salud no son directamente auxiliados por los pacientes, sino asumidos bajo la forma de reembolso o adelantamiento de gastos por el seguro de enfermedad obligatorio. Tiene 3 esquemas principales: el general que cubre el

84% de la población, el esquema agrícola que cubre a granjeros y familias (7,2%) y el de autónomos (5%)

Italia. Servicio público con financiamiento estatal (impuesto o renta) que después de la reforma del 2001 de la constitución italiana, el Estado Central y las regiones comparten la responsabilidad sanitaria del país. El Estado Central tiene el poder exclusivo para definir el paquete básico de prestaciones, que se debe proporcionar de manera uniforme en todo el territorio nacional y las provincias son responsables de la prestación y cumplimiento de los servicios. Existe un copago de servicios privados que financian el servicio público en pruebas diagnósticas, especialistas y farmacia, desde 1993 los pacientes tienen que pagar los seguimientos ambulatorios hasta un máximo estipulado. En el 2002 se eliminó el copago de los medicamentos, desde entonces, los pacientes pagan por los medicamentos sin receta médica. Aproximadamente el 15% de la población tiene un seguro privado de salud complementario, bien individual o colectivo a través de su empresa. Los pacientes tienen el derecho a elegir su propio médico o pediatra, donde el profesional puede tener un máximo de 1.500 pacientes y en el caso de los pediatras 800. Aunque un médico tiene el derecho a negarse a aceptar a un paciente, los servicios de consulta médica en clínicas o en casa son gratuitos así como también la realización de exámenes, certificados y formulas médicas, servicios de enfermería o terapias específicas.

Omán. Grandes inversiones en salud por parte del gobierno han sido eficientes para mejorar el desempeño del sistema. Existe una red de 180 centros de salud locales, de distrito y regionales donde trabajan 5 mil profesionales de la salud que prestan atención sanitaria a la gran mayoría de los ciudadanos. La esperanza de vida al nacer, que era inferior a 60 años hacia finales de los años setenta, ahora es de aproximadamente 74 años, tiene una red de cobertura con ambulancias para asegurar que los servicios de salud de alta calidad estén disponibles para los

ciudadanos. Esta calificado por la Organización Mundial de la Salud como el sistema de salud más eficiente del mundo.

Austria. Su sistema es de cobertura universal, financiada por impuestos y a través de seguros donde la consulta médica es gratuita dependiendo de este. Posee una red extensa de hospitales y médicos que cubren hasta las zonas más remotas del país, el sistema de salud hace parte de la seguridad social en donde, dependiendo del tipo de trabajo, hay distintas tarifas y categorías. La seguridad social incluye seguro de accidente, pensiones y desempleo, son gratuitas la atención primaria, los tratamientos dentales en hospitales públicos, los medicamentos y las visitas a especialistas. El sistema de salud austriaco está estructurado en un seguro de salud estatutario que cubre el 95% de la población en una modalidad obligatoria, quedando un 2% de manera voluntaria.

Japón. El seguro de salud incluye al sistema de seguro de salud de la empresa al cual pertenecen los empleados de empresas privadas, el sistema medico de longevidad (para personas de la tercera edad) y el sistema de seguro nacional de salud, es decir, aquel que reúne al resto de la población. Tiene una alta calificación en lo que respecta a la esperanza de vida, así como una atención de calidad. Japón tiene tres veces más hospitales por cada mil habitantes en comparación con Estados Unidos y el seguro de salud pública costea al menos el 70% del tratamiento y la prescripción médica donde el pago del seguro mensualmente se ajusta al ingreso anual de las familias.

En síntesis, desde la visión de la salud internacional todos los modelos de salud en el mundo están influidos por determinantes que inducen políticas, programas, proyectos y comportamientos en los actores de cada sociedad. Es una influencia global, transnacional que circula en las decisiones y en las políticas públicas, estas fuerzas son principalmente: el comercio internacional, la ciencia y la tecnología y la concepción del modelo de desarrollo predominante. Las dos primeras, han

inducido en el tiempo modelos ligados al comercio, al mercado y al uso intensivo de tecnologías, estas han logrado importantes contribuciones al desarrollo y en el caso de la prevención y tratamiento de enfermedades, la genética, la tele salud, la nanotecnología y otros aportes valiosos para la humanidad. (11) Un sistema de salud es entonces, la suma de todas las organizaciones, instituciones y recursos cuyo objetivo principal consiste en mejorar la salud.

Un sistema de salud necesita personal, financiación, información, suministros, transportes y comunicaciones, así como una orientación y dirección general. Como se pudo apreciar en los ejemplos anteriores, cada país establece los parámetros o criterios más adecuados para atender a sus conciudadanos que, en todos los casos intentan proporcionar buenos tratamientos y servicios que respondan a las necesidades de la población y sean justos desde el punto de vista financiero. Un buen sistema de salud mejora la vida cotidiana de las personas de forma tangible donde el principal responsable por su desempeño global es el gobierno, pero también resulta fundamental la buena rectoría de las regiones, los municipios y cada una de las instituciones sanitarias, por lo que el fortalecimiento de los sistemas de salud y el aumento de su equidad son estrategias fundamentales para luchar contra la pobreza y fomentar el desarrollo. (12)

Por eso, saber y hacer salud publica implica un campo de conocimientos y de practica susceptible de ser delimitado y estructurado como tal sin convertirse necesariamente en una disciplina autónoma, pues los conocimientos y estrategias requeridas para su ejercicio provienen de diversas disciplinas, articuladas en función de su objetivo (13) Todos los programas e intervenciones en salud pública no son igualmente eficaces ni tienen el mismo éxito para lograr sus metas y objetivos. Muchas iniciativas y planes denominados como de salud pública se formulan e implementan sin referencia a una teoría o a un modelo conceptual, ni siquiera técnico u operacional.

De hecho, los sistemas de salud de los países pobres no son los únicos que tienen problemas. Algunos países ricos tienen grandes sectores de la población que carecen de acceso al sistema de salud debido a que los mecanismos de protección social son injustos. Otros están luchando contra el aumento de los costos debido a la utilización ineficiente de los recursos. (14) Al respecto, las teorías y modelos permiten la identificación de los objetos de cambio y los métodos o estrategias más apropiadas para predisponer, facilitar o reforzar dichos cambios. La base teórica también ayuda a generar mediante la evaluación, la información y la evidencia necesaria acerca de los esfuerzos requeridos y los resultados obtenidos, sobre el comportamiento de la dimensión tiempo y la pertinencia de métodos de estudio a ser utilizados. Intervenciones e investigaciones de salud pública orientada por teorías o modelos requiere la comprensión de los componentes descriptivos de tales propuestas así como también de sus formas operativas y prácticas. Al respecto, los más citados y de los que se reconocen los mayores aportes son:

Tabla 2
Principales modelos usados en salud pública

MODELOS	AUTOR/AÑO
Análisis existencial	Binswanger, 1957
Preventivo en salud	Leavell y Clark, 1958
Creencias en salud	Hochbaum y Rosenstok, 1958
Cambio Organizacional	Bennis, Benne y Chin, 1961
Sociedades abiertas	Nyswander, 1967
Territorios en salud	La framboise, 1973
Campo de salud	Lalonde, 1974
Transtórico del cambio	Prochaska, 1979
Médico preventivo de educación	Vouri, 1980
Ecológico de salud	Hancock, 1984; McLeroy, 1988
Determinismo recíproco de cambio	Baranowski, 1990
Alianzas promotoras de salud	Gillies, 1995
Análisis estratégico – HELPSAM	Haglund, 1996

Fuente: Colombia Medica. Vol.35 N°3, 2004

Tabla 3

Principales teorías usadas en salud pública

TEORIAS	AUTOR/AÑO
Cognitiva de expectativas y consecuencias	Rotter, 1950
Decisiones comportamentales	Edwards, 1952
Aprendizaje social	Rotter, 1954; Bandura, 1962
Necesidades humanas	Maslow, 1954
Análisis comportamental	Tolman, 1955
Determinantes de riesgo comportamental	Atkinson, 1956
Disonancia Cognitiva	Festinger, 1957
Difusión de innovaciones	Rogers, 1962
Atribuciones	Kelley, 1967
Acción racional	Fishbein y Ajzen, 1970
Motivación y protección en salud	Rogers, 1975
Toma de decisiones	Janis y Mann, 1977
Procesamiento de la información	Bettman, 1979
Comunicación de masas	McGuire, 1981
Comportamiento social	Triandis, 1985
Comportamiento planeado	Ajzen, 1985
Consumidor en salud	Wilkie, 1986
Cognitivo social del comportamiento	Bandura, 1986

Fuente: Colombia Medica. Vol.35 N°3, 2004

Las propuestas se agrupan en tres grandes bloques: las que explican comportamientos individuales, las interpersonales o grupales y las comunitarias o sociales. En el primero (explicativos de lo individual) se pueden señalar dos modelos como muy representativos por el impacto y aporte históricos en el campo así como estar masivamente diseminados y validados en múltiples contextos: el de creencias en salud y el transteorico del cambio de comportamiento, y dos teorías: la de acción racional y la del comportamiento planeado. En este contexto, el diseño de la investigación cualitativa constituye un método de investigación utilizado ampliamente para estudiar el comportamiento y hábitos humanos, de hecho, la investigación cualitativa es considerada como precursora de la investigación cuantitativa pues es utilizada para generar ideas que se pueden utilizar para formular una hipótesis verificable y realista, la cual puede ser posteriormente probada y analizada con los métodos de investigación cuantitativos estándares.

Por estas razones, los métodos cualitativos están estrechamente vinculados a entrevistas, técnicas de diseño de encuestas y estudios de casos individuales, para reforzar y evaluar los resultados en una escala más amplia. En ese orden de ideas, el enmarcar la presente investigación como un estudio cualitativo de investigación participativa se fundamenta en que estas técnicas permiten desarrollar temas demasiados complejos como para ser respondidos por una hipótesis afirmativa o negativa, además, el ámbito de aplicación más amplio abarcado por estos diseños garantiza que siempre se generará información y resultados significativos aun cuando la muestra sea pequeña. En el grupo de las propuestas que explican y facilitan la intervención e investigación de fenómenos interpersonales se destacan la relevancia de aportes generados por las teorías cognitivo social, la de soporte social en redes y la de comunicación paciente – proveedor. En el ámbito de lo comunitario y social se destacan los desarrollos generados por los modelos de organización comunitaria, los ecológicos y las teorías de difusión de innovaciones, del cambio organizacional y la comunicación

masiva. Existe también el modelo de comunicación en salud que abarca el estudio y uso de estrategias para informar e influenciar decisiones individuales y comunitarias que mejoren la salud, contribuyendo en todos los aspectos de la prevención de la enfermedad incluyendo las relaciones médico – paciente, la adherencia del individuo a recomendaciones clínicas y regímenes terapéuticos, la construcción de mensajes y campañas de salud pública en conjunto con la diseminación de información concerniente a riesgos para los individuos y las poblaciones o comunicación preventiva. Los programas efectivos de comunicación en salud identifican y le dan prioridad a la segmentación de audiencias, entregan mensajes precisos basados en fuentes científicamente veraces y logran llegar a las audiencias a través de canales de comunicación. Desde una perspectiva histórica, se ha dado un desplazamiento cualitativo en el pensamiento de la salud y la comunicación en salud, de un enfoque efectista, individualista y biomédico hacia un enfoque en donde las culturas, las relaciones sociales y la participación activa de las personas afectadas directamente por el problema se constituyen en referentes esenciales para el diseño de programas de comunicación en salud.

Otras aproximaciones teóricas utilizadas en la comunicación en salud consiste en las concepciones que llevan a cambios conductuales, al respecto han surgido múltiples teorías que pretenden explicar por qué los individuos se comportan de determinada manera en relación con su salud, con la utilización de la oferta de servicios de salud, adquisición de hábitos, modificación de conocimientos, actitudes y comportamientos saludables. Cabe señalar que hay un número limitado de variables que necesitan ser consideradas al momento de predecir o comprender una conducta, las cuales vienen de tres teorías que han sido ampliamente usadas y que tienen una influencia significativa en la investigación sobre conductas de salud: modelo de creencias en salud, la teoría de aprendizaje social y la teoría de la acción razonada (15)

En nuestro país, la superación de los diversos problemas que se tienen en materia de salud amerita un conjunto de estrategias y políticas en todos los campos que permitan la racional utilización de los recursos disponibles que conlleve al mejoramiento de las condiciones de vida de los usuarios. En esa búsqueda se crea el Sistema Nacional de Salud en 1974 lo cual significó un primer esfuerzo en la organización de un sistema de salud único, centralizado y bajo la responsabilidad de la nación. Por eso, a finales de los 80 la misión Bird-Wiesner recomendó tres criterios para el área de la salud: descentralización, participación comunitaria y privatización, fue así como al inicio de la década de los 90 el Ministerio de Salud expidió la ley 10 de 1990, la cual trasladaba a los municipios un cumulo de responsabilidades, antes a cargo del Estado Central. Como los recursos transferidos eran insuficientes el mecanismo complementario fue la participación de las comunidades en la gestión, de manera que “la población que presiona por servicios, en lugar de formar parte del problema, forme parte de la solución” (Informe de la misión Bird-Wiesner) (16)

Sustentada en la premisa “la competencia genera eficiencia” se implementó con la nueva reforma del sector salud de 1990 un esquema mixto de competencia entre entidades públicas y privadas. Bajo los nuevos parámetros, la función del ministerio de salud se redujo a la formulación de políticas globales y a la vigilancia y coordinación del sistema. En lo referente a la ejecución práctica su papel se centraba en atender el Plan de Atención Básica, PAB, que incluye unas cuantas labores elementales como la vacunación. Como el pilar del modelo era la separación funcional y en lo posible, institucional de los organismos encargados de administrar o prestar los servicios asistenciales, el núcleo de esta organización son las Empresas Promotoras de Salud (EPS), encargadas de recaudar y administrar los aportes de los cotizantes. La ley 10 de 1990 también creó las Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS), las cuales podían ser públicas o privadas prestando sus servicios mediante convenios con las EPS, de las que

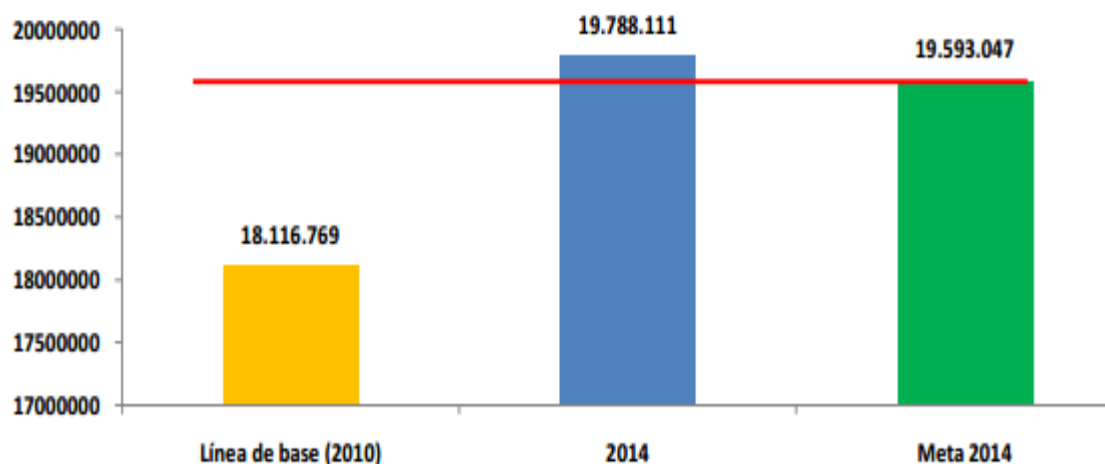
pueden depender jurídicamente, aunque con autonomía administrativa, técnica y financiera.

En el caso de los hospitales públicos se estableció que, en un proceso gradual, deberían convertirse en Empresas Sociales del Estado, denominadas ESE. Una nueva categoría especial de entidad pública descentralizada, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa. Aunque en teoría los hospitales públicos bajo esta denominación entrarían a competir con el sector privado, en la práctica, la falta de voluntad oficial para financiarlos y el obvio desinterés de las EPS privadas de ofrecer sus servicios en ellos fueron deteriorando sus condiciones.

Además del Informe de la misión Bird-Wiesner, el Banco Mundial propuso a inicios de la década de los 90, un enfoque basado en tres criterios (la reforma de salud y seguridad social las acogió por completo) sobre las políticas públicas, con el fin de afrontar los problemas de salud de los países en desarrollo (17). El primero sostiene que los gobiernos tienen que fomentar un entorno económico que permita a las propias unidades familiares mejorar su nivel de salud, el segundo, que el gasto público en salud deberá reorientarse hacia programas más eficaces en función de los costos que contribuyen en mayor medida a ayudar a los pobres, es decir, deben ponerse en práctica los criterios de focalización y de costo eficiencia, y tercero, los gobiernos tienen que facilitar mayor diversidad y competencia del sector privado en la prestación de los servicios de salud, lo cual implicaba poner en práctica las políticas de privatización y descentralización. En ese orden de ideas, el sistema se implementa con dos componentes: el régimen subsidiado y el contributivo. El segundo lo integran los asalariados que pagan una cotización de 12% sobre el salario mensual, compartida con el empleador en proporción de 2/3 a cargo de este último y 1/3 de parte del trabajador. De manera voluntaria se inscriben en este régimen los independientes que tengan un ingreso superior a

dos salarios mínimos legales, siempre y cuando estén decididos a aportar de su propio pecunio 12% del ingreso declarado.

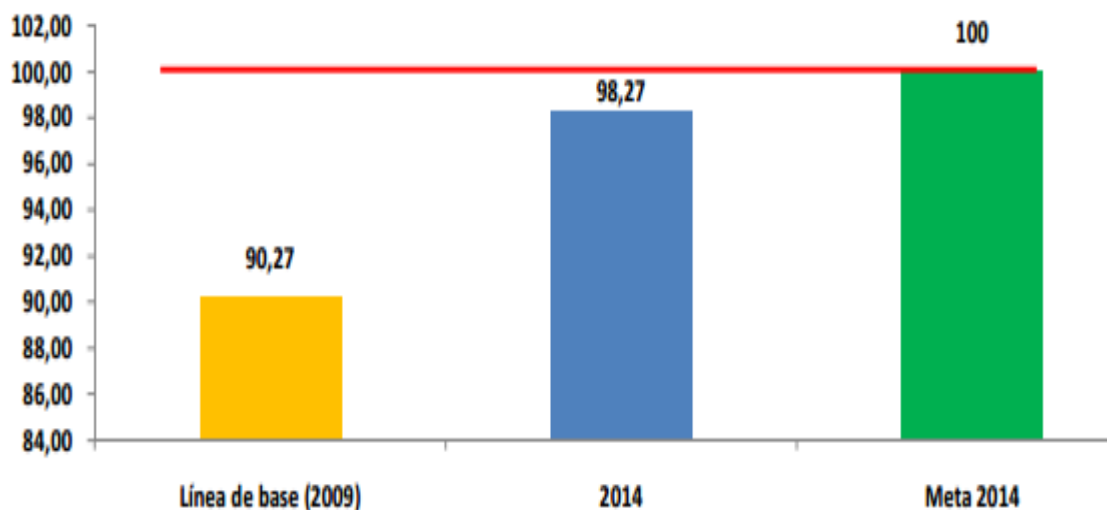
Grafica 1
Afiliados al Régimen Contributivo



Fuente: SISPRO – MSPS (A marzo de 2014)

Con el objetivo de participar en la administración del régimen subsidiado se instituyeron las Empresas Solidarias de Salud ESS. En materia de financiación el fundamento del régimen contributivo es la Unidad de Pago por Capitación, UPC que estima el costo individual para la prestación de un plan básico de salud denominado POS. Las deficiencias financieras que se derivan del estrecho margen existente entre el monto de la UPC y el costo de los servicios se cubre con los planes complementarios que están a cargo del afiliado, los copagos que este debe hacer al usar los servicios son otra fuente de recursos adicionales así como las cuotas moderadoras.

Grafica 2
Cobertura del Régimen Subsidiado



Fuente: SIGOB – Departamento Nacional de Planeación

Complementariamente a las medidas tomadas en la Ley 100 de 1993, se tramitó la Ley 60, de recursos y competencias, con respaldo jurídico en la Constitución de 1991. Con esta ley se les entrega el manejo de los servicios básicos a los municipios y a los departamentos se les asigna la distribución de recursos, la coordinación de la concurrencia y subsidiariedad, la armonización de las labores de los diversos municipios y la atención en los niveles dos y tres de salud.

Posteriormente en 1994 se expiden los decretos 1895 y 1938 en los cuales se definen no solo los servicios que otorga el Sistema General de Seguridad Social en Salud, sino que se establece que todos los habitantes de Colombia tienen derecho a las acciones de salud del llamado Plan de Atención Básica PAB, prestado en forma gratuita y directa por el Estado. Para el caso del régimen contributivo, el siguiente nivel corresponde al Plan Obligatorio de Salud, POS. Una limitante son los periodos de carencia o mínimos de cotización, que exigen un

tiempo de afiliación para acceder a los servicios de mayor complejidad. A esto se agrega que la atención para los servicios generales solo puede iniciarse cuatro semanas después de la afiliación y el periodo de protección posterior a la finalización de la relación laboral se reduce de dos meses a cuatro semanas. Como el POS no cubre la totalidad de las contingencias, el modelo incluye los llamados Planes de Atención Complementaria, PAC, orientados a ofrecer servicios adicionales a los usuarios con capacidad económica. Cabe señalar que el POS solamente suministra los medicamentos bajo su presentación genérica, lo cual limita la posibilidad médica de formular con base en un espectro más amplio de alternativas farmacológicas. En tanto, los afiliados al régimen subsidiado reciben el denominado Plan Obligatorio de Salud Subsidiado, POSS, que en principio ofrece servicios de salud del primer nivel de atención por un valor equivalente a 50% de la UPC.

En resumen, el Sistema General De Seguridad Social En Salud (SGSSS) está sustentado en un modelo de competencia estructurada basado en 12 principios, seis de los cuales son fundamentales para que el usuario pueda acceder, beneficiarse, participar y obtener un servicio de calidad (18). Estos principios son:

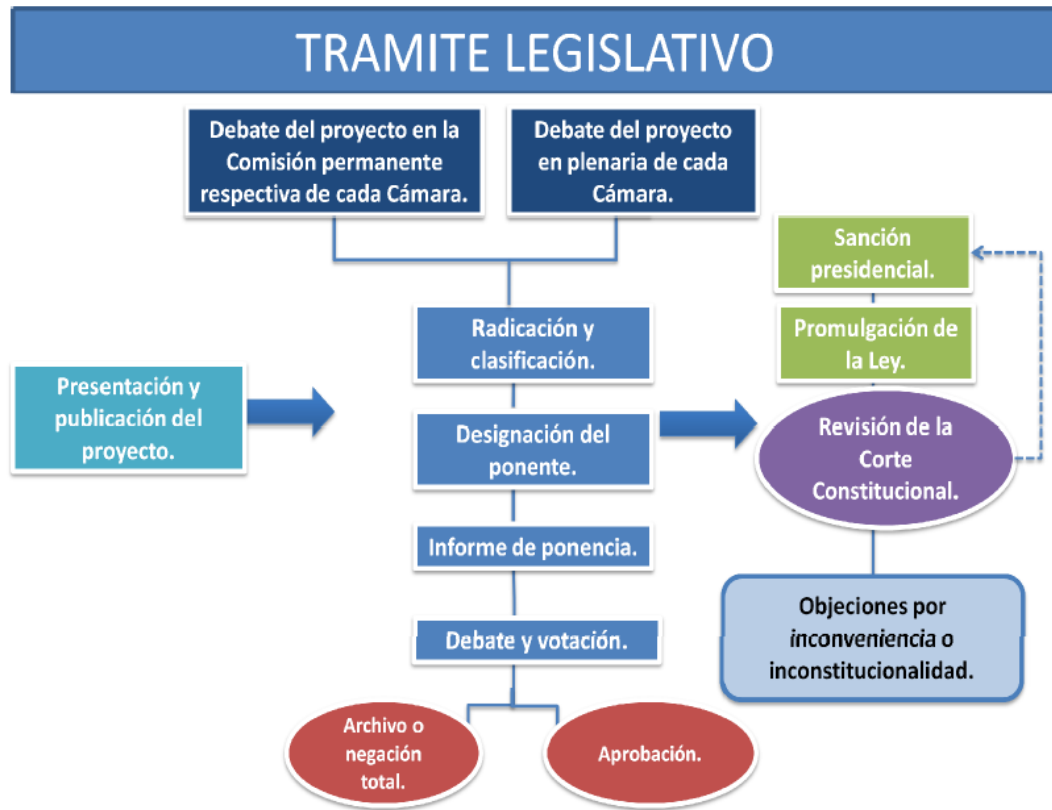
- ✓ Integralidad de atención para todos los miembros de la familia
- ✓ Universalidad sin discriminación de afiliación
- ✓ Obligatoriedad de afiliación y cotización
- ✓ Solidaridad con las personas de escasos recursos
- ✓ Libre elección de la empresa aseguradora, de la institución prestadora de servicios y de los profesionales de la salud
- ✓ Participación del usuario

Cabe señalar que Gabbot y Hoggm (19) encontraron cuando se modificó el Sistema Nacional de Salud de Inglaterra, que los usuarios no tenían los conocimientos necesarios para tomar decisiones informadas, lo que llevó en muchos casos, a limitar su capacidad de interacción con el sistema, de hacer valer

sus derechos y usar los servicios. La capacidad de adquirir y usar esta información está determinada entre otros por factores socioeconómicos y relacionados con la percepción del estado de salud y el patrón de uso de los servicios. En Colombia, el SGSSS asume que los usuarios tienen la información necesaria para tomar decisiones sobre su salud y escoger la opción que más les convenga, dentro de esta concepción, como lo señalan Gómez y Toro (20) los usuarios ya no son tratados como pacientes que esperan un servicio, sino como clientes que pagan: “en algunas instituciones, tanto públicas como privadas, esta nueva relación está asumiendo de manera preocupante un patrón predominantemente comercial”

En ese orden de ideas y tras dos décadas de su implementación, el gobierno del presidente Santos decide reformar la Ley 100 de 1993, para lo cual se toma como base teórica la propuesta que inicialmente fue presentada por la Junta Medica Nacional cuyo articulado se complementó a través de las audiencias públicas y los debates en el parlamento pasando de 14 a 26 (Anexo 1) Por tanto, la presente investigación está relacionada con el análisis de la percepción de los trabajadores de la salud y usuarios sobre la reforma que se está estudiando en el congreso que permita plantear o construir un modelo alternativo que favorezca a los usuarios, trabajadores del sector y operadores. Aunque es probable que la propuesta del gobierno dentro del trasegar legislativo le adicionen, quiten artículos o retiren la iniciativa, la realidad es que ha generado tanta controversia y oposición que existe la necesidad desde la academia de identificar los principales limitantes que obstaculizan la construcción de un modelo que beneficie a EPS, trabajadores del sector y usuarios, lo que implicará la elaboración de estrategias más asertivas y reales a los diferentes contextos de las partes involucradas. Dicho trasegar legislativo se ilustra en la siguiente gráfica:

Grafica 3
Trámite legislativo de la ley estatutaria



Fuente: Cartilla ABC legislativo. Instituto de Ciencia Política Hernán Echavarría

Finalmente, después de 20 meses de haber sido aprobada en el Congreso de la República y luego que la Corte Constitucional la declara exequible en el 2014, el Presidente Juan Manuel Santos sancionó el 16 de febrero de 2015, la Ley 1751 de 2015 "*por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones*" (Anexo 2)

2. OBJETIVOS

2.1 GENERAL

Analizar la percepción de los trabajadores de la salud y usuarios del sistema sobre la reforma planteada por el gobierno en la Ley 1751 de 2015 e identificar las barreras existentes para el desarrollo de un modelo que beneficie a grupos de interés del sector

2.2 ESPECIFICOS

1. Realizar un diagnóstico entre los trabajadores de la salud y usuarios del sistema para determinar la percepción que tienen sobre el proyecto de Ley ordinaria 210 y en la Ley 1751 de 2015 o Ley Estatutaria de Salud.
2. Analizar las razones por las cuales se ha generado controversia, debate y oposición en los puntos de la reforma contenida en Ley ordinaria 210 y en la Ley 1751 de 2015 o Ley Estatutaria de Salud.
3. Determinar las barreras percibidas por los sujetos de estudio en el proyecto de ley ordinaria 210 y en la posterior Ley 1751 de 2015 o Ley Estatutaria de Salud
4. Proponer elementos necesarios para construir un modelo alternativo de atención que permita la mejor interacción entre los grupos de interés del sector salud

3. MATERIALES Y METODOS

Para propósito de este estudio se revisó el proyecto de ley ordinaria 210, los argumentos del gobierno que defienden la iniciativa y las principales críticas al mismo así como la posterior Ley 1751 de 2015 o Ley Estatutaria de Salud. Por eso, como punto de partida para el diseño de la investigación se plantea la realización de un diagnóstico con una muestra estadística entre los trabajadores de la salud y usuarios del sistema para determinar cómo entienden o perciben la reforma y con base en los resultados obtenidos analizar las razones por las cuales se ha generado controversia, debate y oposición en los puntos de la reforma, de igual manera poder determinar qué aspectos no se incluyeron en el proyecto de ley ordinaria 210 y la posterior Ley 1751 de 2015 o Ley Estatutaria de Salud y que a juicio de los entrevistados, son necesarios para identificar las barreras que impiden la construcción de un modelo alternativo que beneficie a grupos de interés del sector por lo que también se examinarán las barreras que estos identifica, características que supuestamente tendría un modelo de salud ideal, finalizando con las recomendaciones de los aspectos que según los resultados son relevantes para tener en cuenta al momento de proponer un modelo de salud alternativo que mejore y garantice unos servicios de salud más eficientes.

La formulación y ejecución de esta investigación comenzó desde el año 2013 y es un estudio con dos componentes:

1. Uno cualitativo basado en indagación participativa (Mertens1998), entendida como una actividad que combina la forma de interrelacionar las acciones en un determinado campo seleccionado por el investigador, enfatizando en el análisis de la dimensión subjetiva de realidad social, la cual se comprende como un conjunto de realidades múltiples (21). Desde el punto de vista metodológico, este paradigma permite recurrir a técnicas

como la observación, entrevistas y otros métodos, sin esquemas rígidos, sin intentar convertir sus resultados en cuadros resúmenes que no reflejen la complejidad de la realidad estudiada, por lo cual el análisis de datos implica la inducción analítica, factor clave para analizar las barreras y/o limitantes de la reforma percibidas por los sujetos de estudio para desarrollar un modelo alternativo de salud.

2. Uno cuantitativo descriptivo para determinar la percepción de los profesionales y usuarios de la salud sobre el proyecto de ley ordinaria 210 y la posterior Ley 1751 de 2015 o Ley Estatutaria de Salud se recurrió a una encuesta para recolectar la información y posteriormente analizar los datos conducentes a contestar las preguntas de la investigación y probar hipótesis establecidas previamente, para hacerlo, fue necesario realizar mediciones numéricas, conteo y uso de procedimientos de inferencia estadística para generalizar las conclusiones de la muestra seleccionada a una población definida.

De acuerdo a los objetivos de la investigación, las variables cualitativas se analizaron por medio de tablas y gráficos que incluyen tanto la frecuencia absoluta como la frecuencia relativa. Las variables cuantitativas fueron analizadas a través de medidas de tendencia central y dispersión, inicialmente se realizó un análisis descriptivo de las variables independientes, seguido de diferentes pruebas estadísticas, tales como la prueba t, correlaciones y regresiones. Esta última se realizará con el fin de encontrar la capacidad predictiva de las variables independientes en la variable Dependiente.

Las fuentes de información usadas fueron primarias a través de entrevista semi-estructurada, y secundarias a través de consultas en diversas páginas web y revisiones bibliográficas relacionadas con el tema de investigación que facilitaran el desarrollo del proyecto.

Esta investigación, por ser un estudio de opinión en el marco de análisis de una política pública, donde a los participantes se les consultó sobre su participación, los cuestionarios y demás preguntas les fueron presentados previamente; el hecho de responder se asume como el consentimiento, teniendo en cuenta que esto no afecta aspectos sensitivos de la conducta ni expone a los sujetos a riesgo alguno, por esta razón se estimó que a partir del método empleado, esta investigación se denomina sin riesgo de acuerdo a la resolución 008430 de 1993 del Ministerio de Salud (Artículo 11)

3.1 POBLACION Y MUESTRA

Según el estudio “Recursos humanos de la salud en Colombia” (22) se estima que en 2011 Colombia contó con 77.473 médicos generales y 7.872 especialistas de los cuales son: 2.011 médicos internistas, 1.442 cirujanos generales, 2.120 pediatras, 1.513 anestesiólogos, 786 ortopedistas y traumatólogos, es decir, un médico por cada 846 habitantes. Se estableció una muestra para un estudio de tipo cualitativo de investigación participativa con los siguientes parámetros:

- Nivel de confianza: 90%.
- Error: 5%.
- Población: 85.345
- Probabilidad: 50%
- Muestra: $270 + 11\% \text{ de seguridad} = 300^1$

La muestra correspondió a 300 médicos generales y especialistas, trabajadores del ramo vinculado a empresas del régimen contributivo y subsidiado así como

¹ Fuente: Facultad de Medicina. Universidad Nacional del Nordeste. Argentina – Sur América
<http://www.med.unne.edu.ar/biblioteca/calculos/calculadora.htm>

representantes de asociaciones de usuarios del sistema de las ciudades de Bogotá, Barranquilla, Cartagena y Sincelejo.

3.1.1 Unidades finales de Análisis

3.1.2 Criterios de inclusión y exclusión

Los criterios de inclusión fueron:

- ✓ Médicos y especialistas con más de 3 años de experiencia
- ✓ Trabajadores del sector salud vinculados a empresas pertenecientes al régimen contributivo.
- ✓ Trabajadores del sector salud vinculados a empresas pertenecientes al régimen subsidiado
- ✓ Representantes de asociaciones de usuarios del sistema de Seguridad Social

Así mismo los criterios de exclusión fueron:

- ✓ Estudiantes de medicina o practicantes
- ✓ Desconocimiento de la reforma ordinaria 210 planteada por el gobierno y la posterior Ley 1751 de 2015 o Ley Estatutaria de Salud

3.2 INSTRUMENTO

El instrumento empleado fue una encuesta en donde se pretendía conocer la opinión sobre la reforma a la salud planteada por el gobierno

3.2.1 Recolección de Información

La recolección de la información de las encuestas fue tomada mediante entrevistas personales y capturada en campo en impreso en papel, se explicó a los participantes el objetivo del estudio, facilitándoles previamente el cuestionario de preguntas de la encuesta, entendiéndose que los que decidieron participar lo hicieron de manera voluntaria y esto se asumió como el consentimiento informado, para posteriormente la información recolectada por el autor se tabuló de acuerdo a los objetivos de la investigación, se analizaron las variables cualitativas por medio de tablas y gráficos que incluyen tanto la frecuencia absoluta como la frecuencia relativa.

En cuanto al Análisis de las variables cuantitativas, estas fueron analizadas por medidas de tendencia central y dispersión, realizando un análisis descriptivo de las variables independientes, seguido de diferentes pruebas estadísticas, tales como la prueba t, correlaciones y regresiones. Esta última se realizó con el fin de encontrar la capacidad predictiva de las variables independientes en la variable Dependiente

3.3 CARACTERIZACION DE VARIABLES

3.3.1 Variables de estudio

Las variables de estudio utilizadas en la encuesta a médicos generales, especialistas, trabajadores vinculados a empresas del régimen contributivo y subsidiado así como representantes de asociaciones de usuarios del sistema son:

Variable Dependiente: Percepción de los trabajadores del sector y usuarios

Variables Independientes:

EDAD: Edad cumplida al momento de diligenciar la encuesta

GENERO: Se refiere al sexo del entrevistado

M= Masculino

F= Femenino

TIPO DE SEGURIDAD SOCIAL: Se refiere al tipo de vinculación en salud que tiene el entrevistado

1=Régimen Contributivo

2=Régimen Subsidiado

3=SISBEN

4=Ninguno

NIVEL DE ESTUDIOS: Nivel educativo más alto alcanzado por el entrevistado

1=Sin Estudio

2=Primaria

3=Bachillerato

4=Técnico

5=Tecnólogo

6=Universitario

7=Posgrado

TIPO DE RELACION CON EL SECTOR SALUD: Identificar qué tipo de usuario es el entrevistado

1=Comunidad Medica

2=Directivo o Administrativo

3=Usuario

CONOCIMIENTO DE LA REFORMA: Valorar el conocimiento que el entrevistado tiene de la propuesta de reforma.

¿Tiene conocimiento de la reforma a la salud propuesta por el gobierno?

1=Si

2=No

¿Por qué cree que la reforma planteada por el gobierno ha generado tanta controversia, debate y oposición por parte de la comunidad médica?

¿Cree que dentro de los aspectos planteados en el proyecto de reforma existen puntos que generarían vacíos o inconsistencias jurídicas?

1=Si

2=No

CALIDAD EN LA PRESTACION DEL SERVICIO: Calidad del servicio teniendo en cuenta: racionalidad, capacidad técnica y de operación efectiva de los servicios de salud.

¿Por qué considera que es necesario reformar el sistema actual de salud?

¿Qué aspectos considera se deberían conservar del actual sistema?

¿Cuáles aspectos del actual sistema considera que se deben cambiar?

OPINION Y PERCEPCION PERSONAL: Conocer la opinión del entrevistado acerca de la temática

¿Por qué cree que ha sido tan difícil construir un sistema de salud que beneficie a empresas, trabajadores del sector y usuarios?

¿Qué aspectos considera fueron los causantes de la crisis que actualmente está atravesando el sector de la salud?

Si usted pudiera, ¿Qué decisiones tomaría para solucionarlos?

1= Desde su punto de vista como miembro de la comunidad médica, ¿Cómo sería un sistema de salud ideal?

2= Desde su punto de vista como directivo o administrativo de una empresa del sector, ¿Cómo sería un sistema de salud ideal?

3= Desde su punto de vista como usuario, ¿Cómo sería un sistema de salud ideal?

3.3.2 Operacionalización de variables

CATEGORIA	VARIABLES	DEFINICION OPERACIONAL	NATURALEZA/ NIVEL DE MEDICION	CODIFICACION
Características Etareas	Edad	Edad cumplida al momento de diligenciar la encuesta	Cuantitativa de razón discreta	Edad cumplida en años
Sexo	M F	Se refiere al sexo del entrevistado	Cualitativa nominal	M: 1 F: 2
Conocimiento del sistema de salud	Oportunidad en la atención	Tiempo que se demora en prestar o recibir el servicio	Cuantitativa nominal	Tiempo en minutos
	Satisfacción del usuario	Usuario satisfecho o insatisfecho con el servicio	Cualitativa nominal	Insatisfecho: 0 Satisfecho: 1
	Calidad en la prestación del servicio	Calidad del servicio teniendo en cuenta: racionalidad, capacidad técnica y operacionalidad	Cualitativa nominal	No existe calidad en el servicio: 0 Si existe calidad en el servicio: 1
Conocimiento del sistema de salud	Conocimiento de la reforma	Valorar el conocimiento que el entrevistado tiene de la propuesta de reforma	Cualitativa nominal	No conoce: 0 Tiene idea: 1 Lo suficiente: 2 Bastante: 3
Identificación de Usuario	Tipo de usuario	Identificar qué tipo de usuario es el entrevistado	Cualitativa nominal	Empleado: 1 Usuario Reg. Contributivo: 2 Usuario Reg. Subsidiado: 3


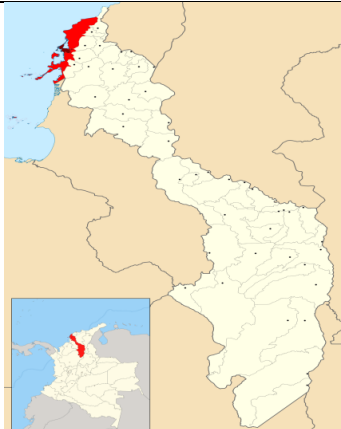
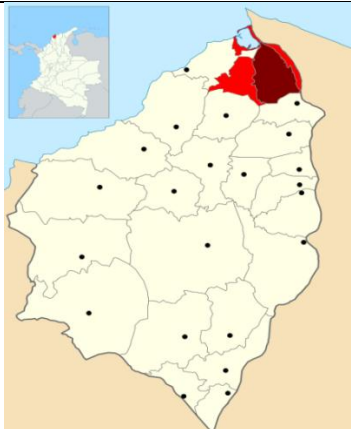

3.4 ANALISIS ESTADISTICOS DE LOS DATOS

La formulación y ejecución de esta investigación comenzó desde el año 2013 y es un estudio cualitativo de investigación participativa, entendida como una actividad que combina la forma de interrelacionar la investigación y las acciones en un determinado campo seleccionado por el investigador, con la participación de los sujetos investigados

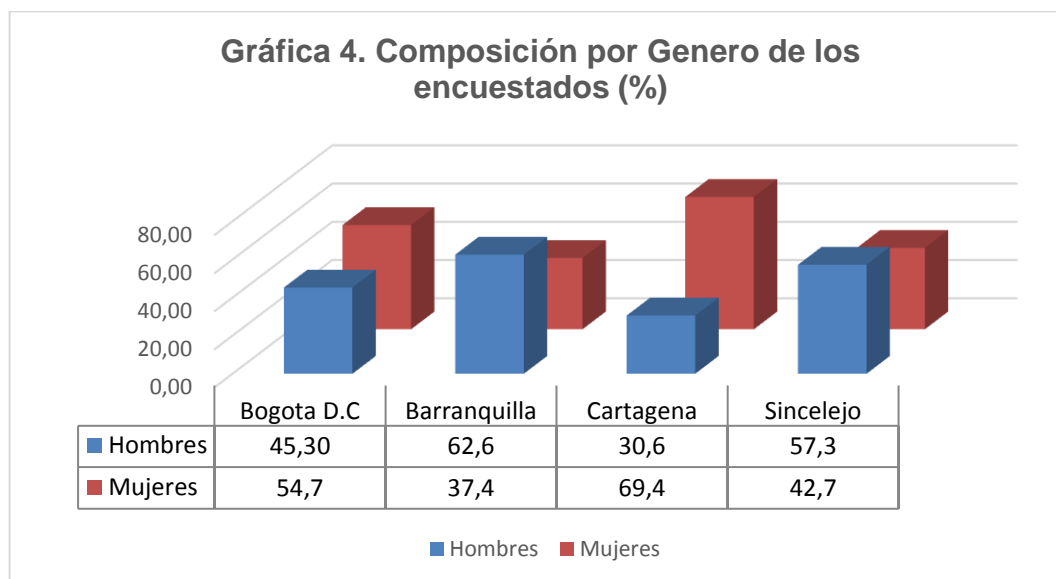
Para alcanzar los objetivos propuestos se utilizaron algunos aspectos del modelo de comunicación en salud (23) el cual permite mejorar los desenlaces de salud estimulando la modificación del comportamiento y el cambio social el cual es útil para informar e influenciar las decisiones en salud individual y colectiva aumentando el conocimiento y comprensión en los asuntos de salud de las comunidades.

4. RESULTADOS

La presente investigación tiene como objetivo conocer la percepción de los trabajadores de la salud y usuarios del sistema sobre la reforma planteada por el gobierno en la Ley 1751 de 2015 e identificar las barreras existentes para el desarrollo de un modelo que beneficie a grupos de interés del sector para lo cual se desarrolló en los departamentos de Sucre, Bolívar y Atlántico específicamente en sus respectivas capitales: Sincelejo, Cartagena y Barranquilla además de la ciudad de Bogotá D.C

SINCELEJO – SUCRE	CARTAGENA – BOL	BARRANQUILLA – ATL
		
BOGOTA D.C		
		

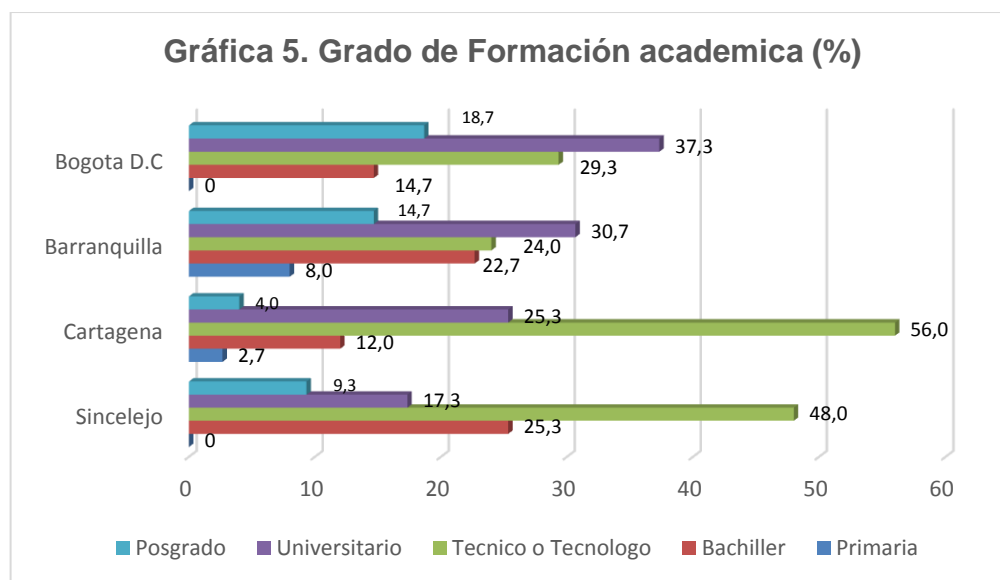
La Grafica 4 presenta la composición por género de los encuestados en cada una de las ciudades:



Para la presente investigación, la composición obtenida en cada ciudad entre hombres y mujeres es importante dado que la situación sociocultural y económica (inserción ocupacional, nivel educativo, cobertura de salud, nivel de ingreso, distancias sociales y culturales con los profesionales de la salud, dificultades para el acceso a los centros de atención y redes familiares y sociales) juegan roles destacables en la explicación de las desigualdades en salud al determinar percepciones diferenciales de síntomas, enfermedades y conductas frente al cuidado. El conocimiento de las desigualdades en salud permite avanzar en la identificación de los condicionantes y determinantes del estado de salud de una población. El análisis de los datos por sexo añade riqueza a la comprensión de los componentes biológicos y sociales de la salud y la enfermedad permitiendo interpretaciones de género para, a partir de allí, diseñar programas y políticas sanitarias más eficientes e inclusivas y reducir las inequidades en la salud de mujeres y hombres.

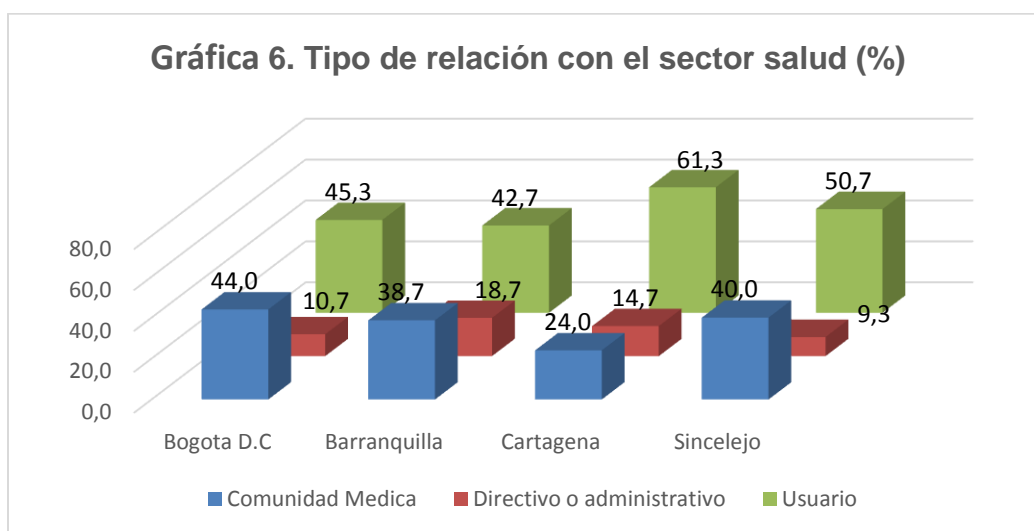
Según Alleyne (24) “la segmentación de la sociedad en ámbitos de acción masculinos y femeninos marca asimismo diferencias sustantivas entre los hombres y las mujeres no solo en materia de riesgos y necesidades sociales y biológicas, sino también en cuanto a oportunidades, recursos y contribuciones para la salud”. Es interesante destacar el análisis de Rohlfs (25) sobre género y salud en el que señala que el género no es una variable sino que este se construye y expresa a través de relaciones sociales, roles y expectativas ligadas a las atribuciones femeninas y masculinas, que no son fijas y que cambian según la cultura y a lo largo de la historia.

Por su parte, la importancia de conocer el grado de formación de los encuestados está en que permite correlacionar el nivel de conocimiento académico con la comprensión de reformas como la objeto de esta investigación. Al respecto el estudio arrojó los siguientes resultados:



Un aspecto a resaltar es la cantidad de técnicos y tecnólogos encontrados en la muestra estadística (56% en el caso de Cartagena o 48% en Sincelejo, por ejemplo) lo cual coincide con las tendencias en Colombia en la preparación de las personas una vez terminan su bachillerato pues les permite un estudio en corto

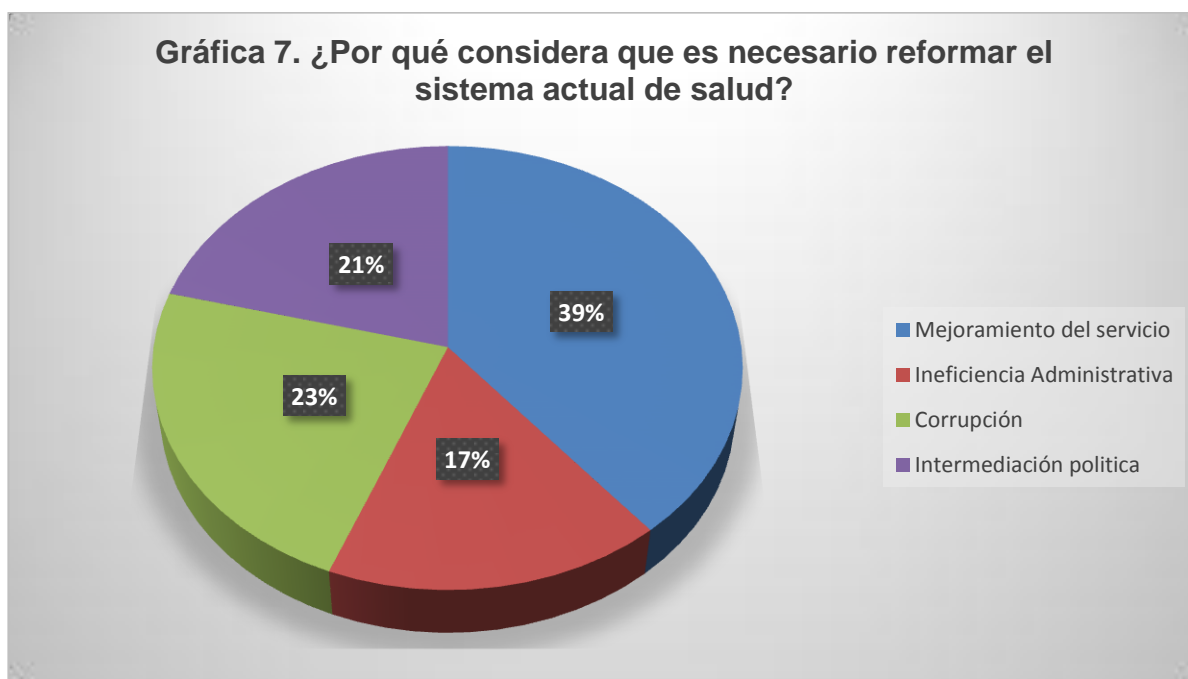
tiempo, la posibilidad de acceder al mercado laboral más rápidamente a través de la formación de competencias, habilidades y destrezas específicas además de la posibilidad de desempeñarse en los sectores productivos y de servicios. El tipo de relación que cada uno de los encuestados tiene con el sector salud fue otro aspecto que se tomó en consideración, al respecto la investigación arrojó la siguiente composición:



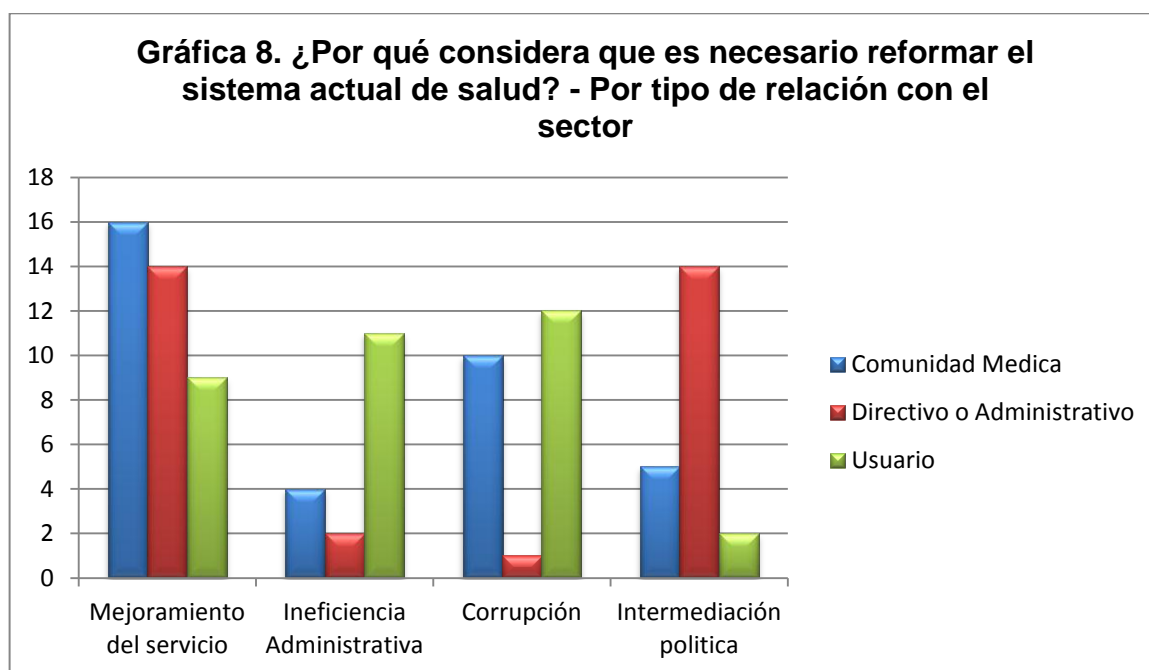
Cabe señalar que al momento de aplicar la encuesta se hizo énfasis en el criterio de inclusión que exigía a los usuarios del sistema tener conocimientos del proyecto de ley ordinaria 210 y la posterior Ley 1751 de 2015 o Ley Estatutaria de Salud, en ese orden de ideas para el caso de Bogotá el 44% de los encuestados pertenece a la comunidad médica, 10,7% son directivos u ocupan cargos administrativos y 45,3% fueron usuarios. En Barranquilla las encuestas se realizaron en un 38,7% dentro de la comunidad médica, 18,7% en directivos o administrativos y 42,7% en usuarios. Para el caso de Cartagena 61,3% de las encuestas fueron respondidas por usuarios, 24% por la comunidad médica y 14,6% por directivos o administrativos. En Sincelejo, el 40% de las encuestas fueron resueltas por miembros de la comunidad médica, 50,6% por los usuarios y 9,4% por directivos o administrativos.

La percepción del afiliado, usuario, o vinculado al sector es un elemento de cardinal trascendencia en la medición del desempeño de cualquier sistema o servicio y más aún cuando se trata de necesidades tan sensibles como las relacionadas con la salud. Los ordenamientos y datos que derivan de estos ejercicios investigativos deben estar al alcance de la opinión pública, toda vez que el principio fundamental de libre escogencia difícilmente se cumple cuando el ciudadano carece de la información necesaria para hacer su elección.

Precisamente, a la pregunta ¿Por qué considera que es necesario reformar el sistema actual de salud?, las respuestas de los encuestados en las cuatro ciudades escogidas fueron coincidentes, básicamente, el sistema actual es visto como una actividad mercantil donde los objetivos se centran en obtener excedentes financieros que les permitan a EPS (EAPB) e IPS ampliar el radio de acción de sus actividades y aumentar sus utilidades con los menores costos, desapareciendo los conceptos de oportunidad y calidad en el servicio.



En su orden, el estudio mostró que el sistema actual en salud se necesita reformar para un mejoramiento del servicio (39%), disminuir o eliminar la corrupción (23%), controlar la intermediación política para el acceso a los servicios de salud (21%) y corregir la ineficiencia administrativa (17%)

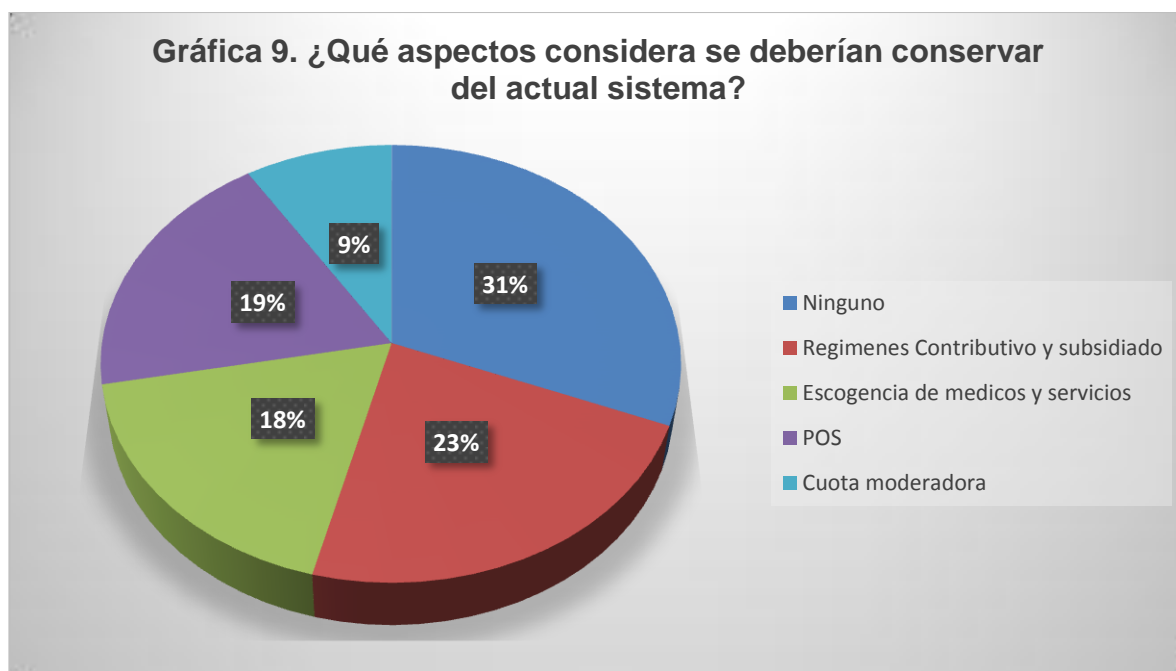


Los Profesionales del Sector Salud, consideran que el sistema actual se debe reformar apuntando a un mejoramiento del servicio, muy seguramente a que este grupo en particular es el que tiene el mayor criterio que le permite identificar las fallas que a diario inciden negativamente en la calidad de los servicios de Salud que se presta, de igual manera lo consideran los participantes del sector Directivo y administrativo.

Los Usuarios, consideran que el sistema se debe reformar por que existe una Ineficiencia Administrativa y una corrupción dentro del sistema lo cual los afecta directamente y en detrimento de sus derechos a acceder a servicios de salud eficientes.

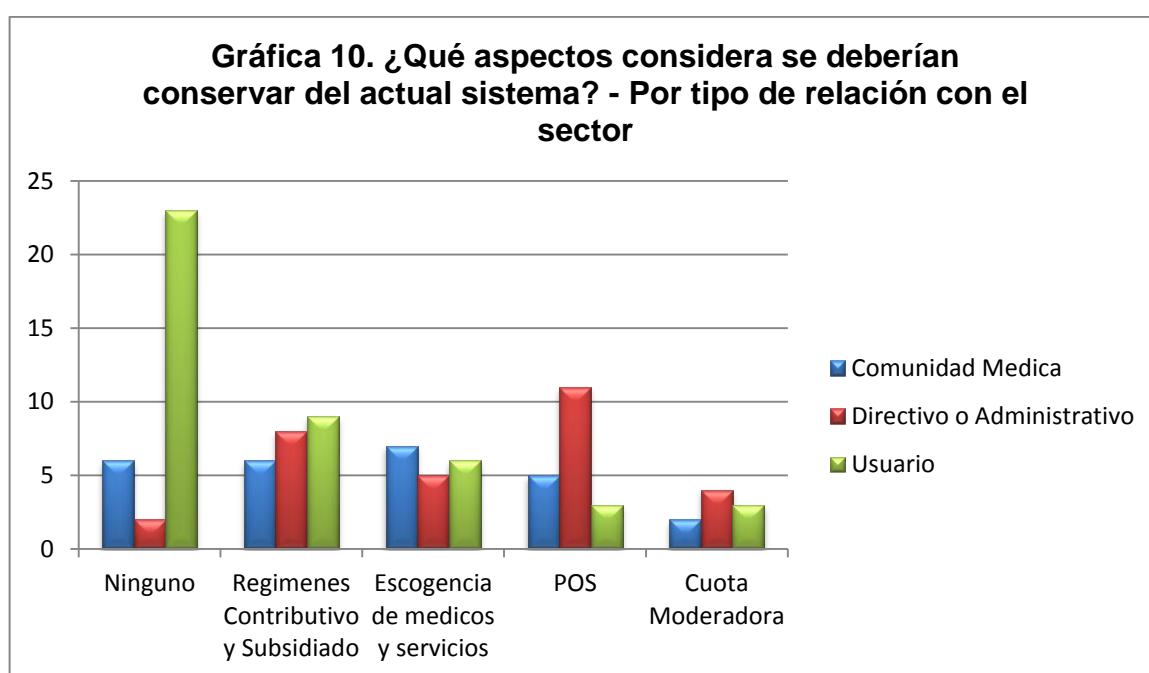
Los participantes del sector Directivo y Administrativo del Sistema consideran que el actual sistema debe ser reformado porque existe mucha intermediación política, entendiéndose como un factor que afecta al Sistema de manera negativa.

Pese a lo anterior y comparado con otros sistemas de salud, por ejemplo de América Latina, Colombia no está mal posicionado: tiene una cobertura casi universal, los indicadores infantiles son buenos, los de mortalidad solo son superados por Brasil y Chile, el aseguramiento ha llegado a zonas rurales y hay avances en la utilización del servicio. De hecho, en la actualidad, la Corte Constitucional ha solicitado al gobierno que haga realidad el ideal que todos los usuarios estén cubiertos por el mismo Plan Obligatorio de Salud POS. Por eso, a los encuestados se les hizo las preguntas: ¿Qué aspectos considera se deberían conservar del actual sistema?, y ¿Cuáles se deberían cambiar? Los resultados se pueden apreciar en las gráficas 9 y 11:



Para el 23% se debe mantener el actual sistema de regímenes contributivo y subsidiado, el 19% considera que el POS, para el 18% la posibilidad de escoger su médico aunque sea dentro de unas opciones suministrada por la misma entidad

se debe conservar, un 9% asegura que se debe conservar las cuotas moderadoras. De acuerdo al estudio, el 31% de los encuestados piden no una reforma sino un cambio radical del actual sistema en donde ninguno de los aspectos que lo conforman sea conservado. Para este grupo de encuestados se debe crear un sistema público, opción que es similar a lo que había antes con el seguro social que funciona con un aseguramiento único administrado por el Estado. Por tipo de relación con el sector salud en esta pregunta las respuestas fueron:



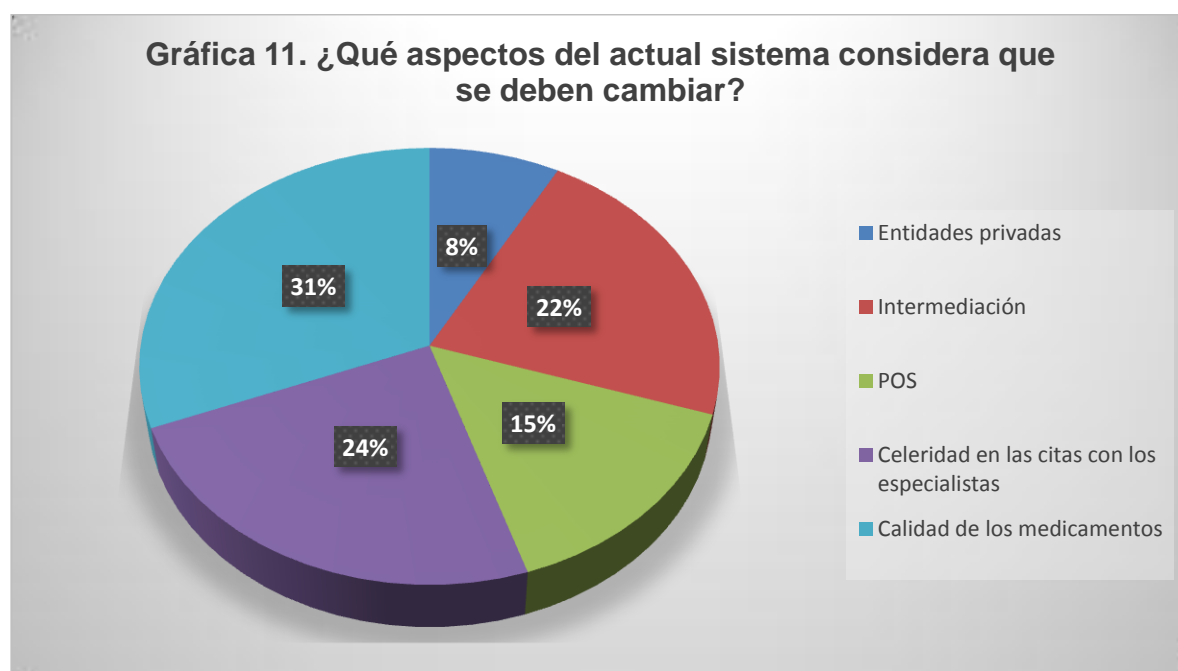
En la Grafica 10, Con un 31%, los Usuarios del Sistema mayoritariamente consideraron que no se debe conservar ningún aspecto del actual sistema de salud, argumentada muy seguramente por la serie de situaciones a los que se debe afrontar cada vez que requieren algún servicio de salud en las diferentes redes de atención, contrastando con lo observado en el grupo de directivos y administrativos.

El 23%, consideró que se deben conservar los actuales regímenes y la distribución fue prácticamente homogénea con una leve mayoría del grupo de los usuarios del sistema.

Luego el 18% estimó que la escogencia de los médicos y servicios se deben conservar en el sistema, esto se entiende como la capacidad de escoger al profesional y de igual manera la escogencia de la IPS por parte de los usuarios, no obstante lo anterior y pese a que esto se encuentra dentro de los derechos de los usuarios, la escogencia del profesional tratante así como de la IPS, la determinan las EAPB, dejando al usuarios con pocas o nulas opciones para la escogencia de acuerdo a este derecho.

Un 19%, considera que el POS se debe conservar, esta opinión fue liderada por el grupo de estudio correspondiente a los Directivos y Administrativos del Sistema en su gran mayoría, mientras que los profesionales y usuarios no manifestaron su interés en que se conserve el actual POS.

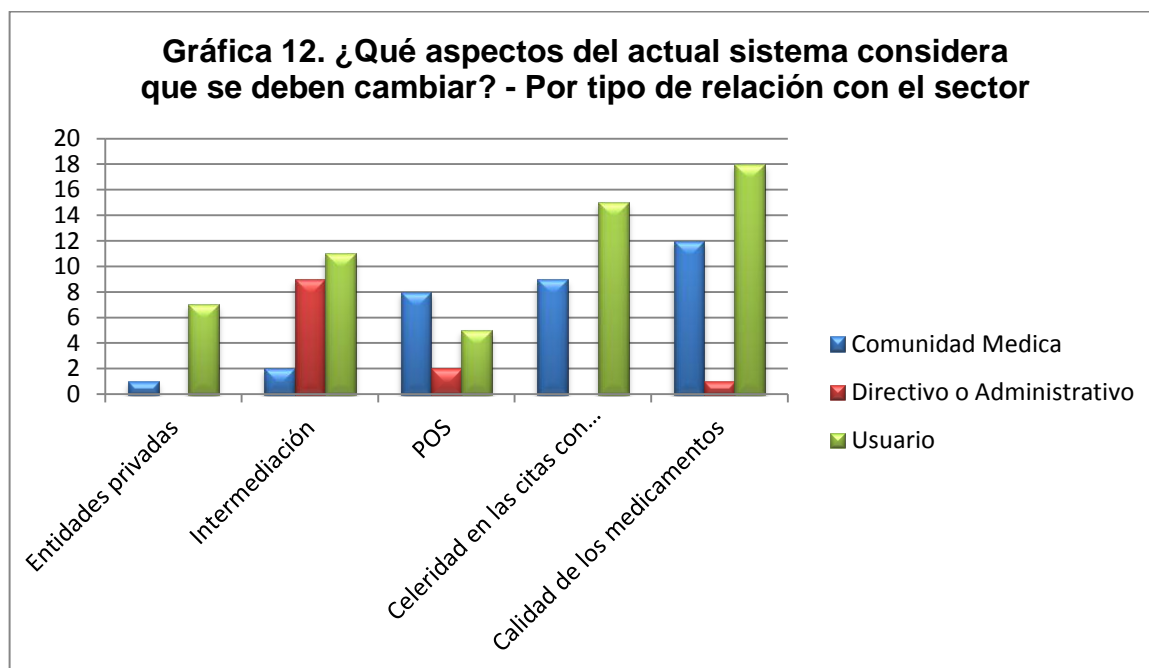
Finalmente el mantenimiento de la cuota moderadora tuvo un 9% del total de participantes que creen que se debe conservar. La cuota moderadora es un mecanismo de regulación y de financiación aunque muy mínima del sistema. La distribución de este porcentaje fue ligeramente mayoritaria en el grupo participante de los Directivos y Administrativos del sistema.



En el país, uno de los descontentos generalizados con respecto a las EPS es que constantemente dilatan la autorización de los servicios de salud que demandan mayor costo aun cuando estén en el POS, por eso el 8% de los encuestados consideran que las entidades privadas deben cambiarse. El resultado obtenido en la anterior gráfica y en este punto refleja que los escándalos por malos manejos y corrupción producen una imagen negativa donde se asume que todo es malo. Al respecto, aunque se hace necesaria una regulación más estricta el llevarlo a cabo es difícil dado que a través de los años estas entidades se han convertido muy poderosas políticamente y consiguen frenar los esfuerzos para regularlas. El otro inconveniente es que en materia de salud la gente no tiene conocimiento de que servicios realmente necesita, o como se le debe tratar determinada enfermedad, entonces no pueden saber cuál es el mejor por el seguro que pagan. El 24% considera que debe haber mayor celeridad en las citas con los especialistas, precisamente una de las principales críticas es el fraccionamiento, es un sistema donde para ser atendido hay que ir a dos o tres lugares, pedir autorizaciones y realizar muchos trámites. No hay un responsable para la salud en diferentes grupos de población sino múltiples y eso se traduce en que realmente nadie asume la responsabilidad. Para el 22% la intermediación es algo que no puede seguir, por una sencilla razón: entre más complejo hay menos garantía de funcionamiento. Es un sistema con muchos actores, manos involucradas y diferentes fondos y seguros donde su sostenimiento está basado en un modelo de trabajo formal en un país donde la informalidad y el subempleo superan el 50% de la Población Económicamente Activa lo que lo hace financieramente inviable para el estado. Otro aspecto es el excesivo aseguramiento, la gente tiene cuatro o cinco seguros entre ARP, Soat, EPS, medicina prepagada, entre otros, a la hora de un accidente, todos buscan no hacerse responsable del costo ni de la atención.

Finalmente, para el 15% de los encuestados se debe cambiar el POS, aunque parezca contradictorio con el resultado obtenido en la anterior pregunta (Gráfica 8) no lo es, las respuestas en esta ocasión apuntan a reforzar o mejorar el actual

Plan Obligatorio de Salud, lo cual coinciden con el 31% que pide un mejoramiento en la calidad de los medicamentos, donde los pacientes tengan la posibilidad de recibir tratamientos con medicinas efectivas y no basados en el omnipresente ibuprofeno u otras drogas genéricas que tardan más tiempo en ser absorbidos por el organismo y presentan un menor margen de efectividad. La opinión por tipo de relación con el sector salud a esta pregunta fue:

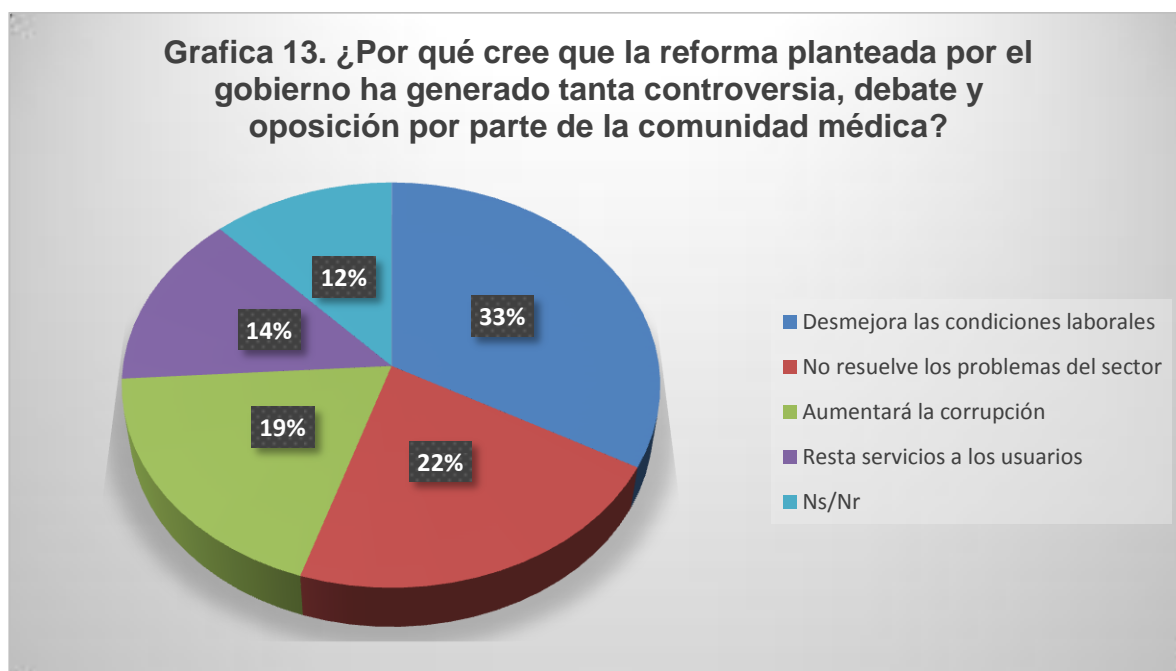


En la distribución por grupos participantes de este estudio, tanto los usuarios como los profesionales del sector consideraron que la calidad de los medicamentos que se prescriben para los tratamientos deben ser revaluados radicalmente ya que es común que se receten medicamentos que incluso los pacientes ya saben que les va a ordenar el profesional tratante. Con limitantes del sistema, repotenciado con las prácticas de las aseguradoras donde en muchas ocasiones prima el rendimiento financiero de una operación a la recuperación de la Salud de los Usuarios. Los profesionales de igual manera ven como en muchas ocasiones no pueden prescribir el medicamento adecuado y afectivo para cada caso en particular debido a las limitaciones impuestas por las EAPB.

Con respecto a las razones por las cuales los encuestados consideran se ha generado tanta controversia alrededor de la reforma a la salud son:

- ✓ Con la reforma, desaparecerán las EPS tal como funcionan actualmente quienes podrían pasar a ser dueñas de hospitales o convertirse en gestoras de servicios de salud.
- ✓ Con la creación de un fondo público, Salud Mia, las EPS dejarían de manejar directamente los recursos pero siendo gestoras le dirían a este fondo cuando y cuanto girarle a médicos y hospitales
- ✓ Los alcaldes y gobernadores podrán nombrar a los gerentes de los hospitales, dejando de lado cualquier proceso por meritocracia.
- ✓ Se teme que los tratamientos más complejos, que en gran medida son los que requieren los pacientes de alto costo, se queden por fuera del plan de beneficios que reemplazará al POS

Los encuestados ante la pregunta ¿Por qué cree que la reforma planteada por el gobierno ha generado tanta controversia, debate y oposición por parte de la comunidad médica? respondieron:



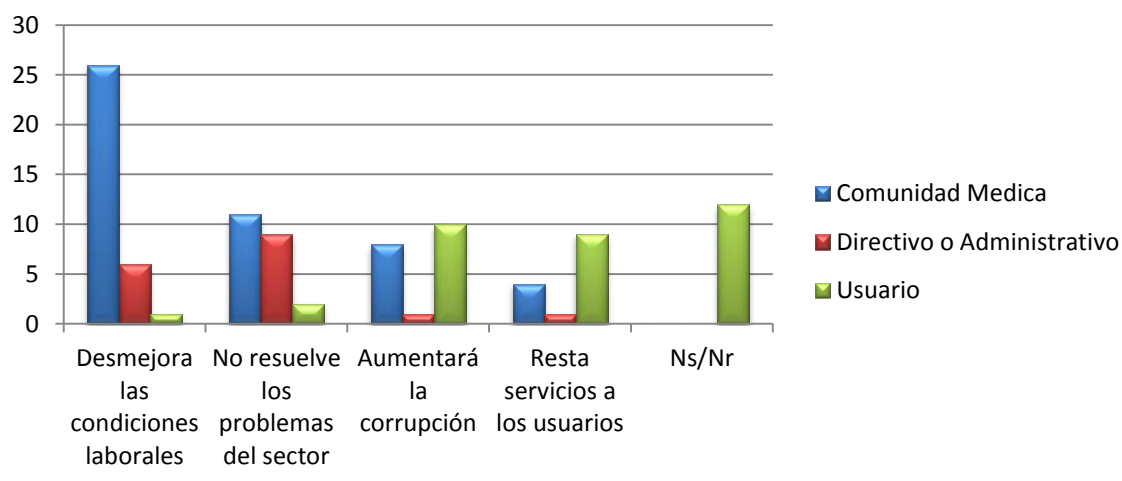
La percepción para el 33% de los encuestados es que la reforma a la salud traerá consigo un desmejoramiento de las condiciones laborales traducido en salarios vía decreto, establecimiento de cuadros de remuneración o sobrecarga laboral, argumentos que han venido siendo desvirtuados por el ministerio. El Viceministro Fernando Ruiz en entrevista con El Espectador aseguró: “El Ministerio en ningún momento quiere regular los salarios de los especialistas ni de ningún profesional de la salud. Esta acción corresponde a un proceso de caracterización que entra bajo la competencia de la Superintendencia de Industria y Comercio que tiene la obligación de regular los monopolios en la oferta de servicios de salud. Creemos que sí puede haber redes de salud y especialistas que en algunos lugares del país están cobrando honorarios exagerados, aprovechándose del déficit de médicos especializados. El Gobierno no va a regular los ingresos económicos de médicos por vía decreto, ya que sus ingresos responden al mercado laboral y, como tal, están basados en las relaciones entre hospitales, EPS y médicos, bajo la cual se establece el monto a pagar. Algunos grupos con intereses están tratando de desinformar para generar malestar entre el gremio” (26)

Para el 22% de los encuestados la reforma no resuelve los problemas del sector, dentro de lo que está planteado es la creación de Salud Mia, la cual será una tesorería centralizada del sistema de salud, con autonomía administrativa y presupuestal que tendrá funciones de recaudo y afiliación y hará pagos directos a hospitales, manejará cerca de 44 billones de pesos y se presume que ordenará el flujo de recursos sobre la base de que se sabrá en donde está cada peso del sector y reemplazaría al Fosyga, quien tiene tantas funciones que no ha podido cumplirlas a cabalidad. La percepción es que ocurrirá lo mismo con el nuevo fondo SaludMia: tendrá que compensar, recaudar, afiliar a 47 millones de usuarios, pagar alrededor de 40 millones de procedimientos cada mes y deberá controlar mensualmente las afiliaciones y las incapacidades en todo el país. El 19% de los encuestados considera que aumentará la corrupción, de acuerdo a la reforma, el fondo SaludMia debe pagarles a las empresas prestadoras de servicios, pero esos

dineros una vez sean desembolsados dejarán de ser públicos para convertirse en privados. La inquietud es acerca de quien investigará a los antiguos y futuros defraudadores, porque si ha habido escándalos de corrupción a pesar de los actuales controles, ¿cómo será cuando nadie vigile?

Otra razón de por qué la reforma planteada por el gobierno ha generado tanta controversia, debate y oposición por parte de la comunidad médica es que les resta servicios a los usuarios (14%), en teoría, los beneficios estarán basados en un plan de exclusiones explícitas, donde se generará un mecanismo técnico científico para definir servicios, medicamentos y tecnologías que no cubrirá el sistema lo cual se hará a través del Instituto de Evaluación de Tecnologías, con ayuda del Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA), las sociedades científicas y la asociación de pacientes. Este punto genera muchas expectativas, pues uno de los puntos críticos del actual modelo es la limitación del Plan Obligatorio de Salud (POS) y los desbordes de los servicios y Medicamentos que está incluidos el POS. Para algunos pacientes la propuesta cercena algunos derechos, limita el acceso a algunos servicios e incluso proveerá mecanismos para hacer más insuficiente un plan de beneficios. Finalmente, un 12% declaró no saber o se limitó a no responder esta pregunta a pesar de que el 97% de los encuestados al inicio de la encuesta manifestaron tener conocimiento del sistema. Por tipo de relación con el sector salud en esta pregunta las respuestas fueron:

Gráfica 14. ¿Por qué cree que la reforma planteada por el gobierno ha generado tanta controversia, debate y oposición por parte de la comunidad médica? - Por tipo de relación con el sector

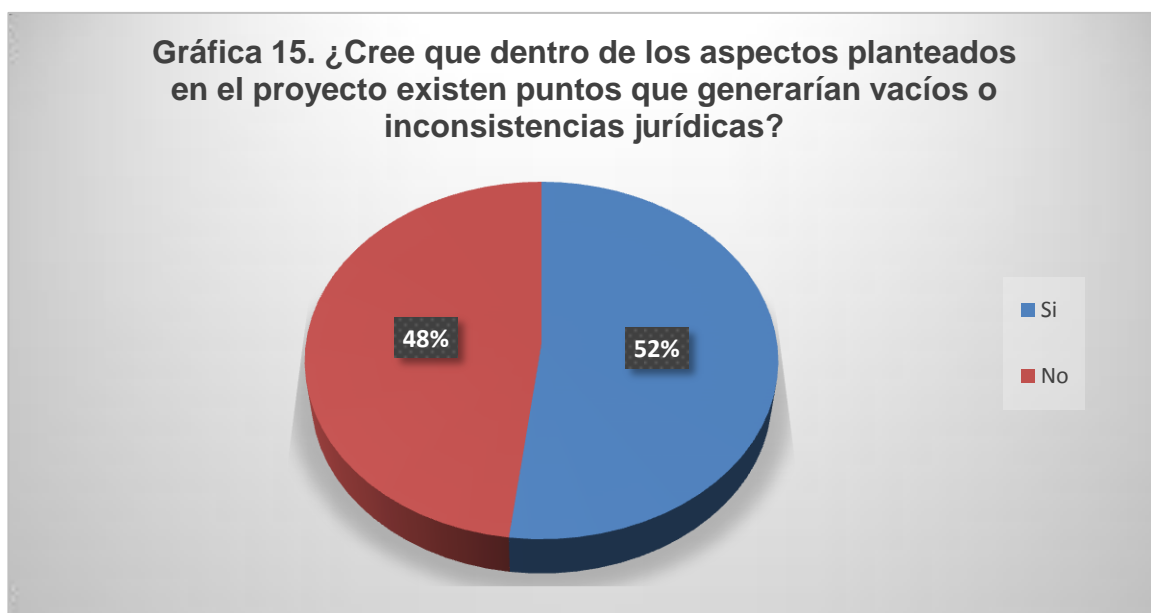


En la tabla 14, podemos observar la distribución por cada grupo participante acerca del interrogante planteado por las controversias generadas por dicha propuesta de reforma, es así en su mayoría que se considera el desmejoramiento en las condiciones laborales de los empleados del sector y como ha de esperarse la mayor participación en este resultado estuvo liderado por los profesionales del sector salud.

Luego con un 22% consideran que la actual reforma no resuelve los problemas del sistema, aquí prevaleció la opinión tanto de los profesionales del sector salud como de los directivos y administrativos del sistema, muy probablemente debido a que estos dos grupos tienen mayor interacción con las problemática de funcionamiento del sistema.

En cuanto a la opinión de los usuarios consideran que la principal controversia de la actual reforma es que va a generar más corrupción en detrimento de la calidad de los servicios de salud y manifestaron también que la actual reforma le resta servicios a los usuarios.

A la pregunta ¿Cree que dentro de los aspectos planteados en el proyecto existen puntos que generarían vacíos o inconsistencias jurídicas? Los encuestados respondieron:

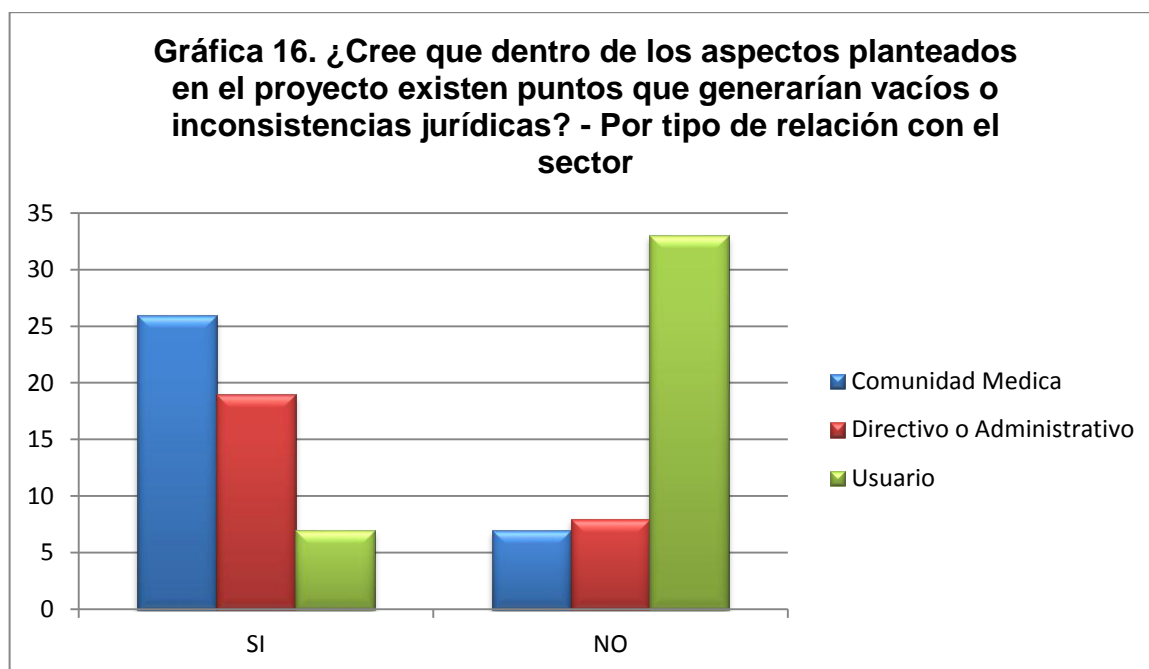


Esta pregunta está ligada para el 52% de los encuestados que respondieron afirmativamente a otra que les pedía describir cuales serían esos aspectos los cuales se pueden resumir en:

1. La ley no impide que las EPS se transformen en Gestoras, y de esa manera pasen de manejar los dineros de los usuarios a ordenar como debe administrarse. En los primeros artículos la ley prevé que las gestoras no manejarán recursos pero posteriormente las autoriza a apoyar a SaludMia en los procesos de afiliación y recaudo
2. A pesar que la ley cambia el nombre y tipo de intermediación (de EPS a Gestores de Servicios de Salud; de financiera a administrativa) estos actores privados continuarán siendo los principales organizadores de la atención en salud en todo el país y por su naturaleza privada continuarán poniendo sus utilidades por encima de la salud de sus afiliados.

3. La ley no corrige las actuales limitaciones a la intervención en los asuntos de estos intermediarios privados, limitando la capacidad del estado de regulación y control.
4. Existe la percepción que las resoluciones, decretos y leyes aprobados no apuntan a resolver el problema sino a corregir algunas alteraciones
5. El sector requiere un cambio estructural, la reforma fortalece un modelo ineficiente y legaliza las trampas que las EPS hacen para quedarse con los recursos, no elimina ni la integración vertical ni los estímulos perversos que mueven a las gestoras a no gastar el dinero.
6. El articulado no corrige las falencias de la atención y no recoge las aspiraciones de la gente, por el contrario, existe la sensación que solo se preocupó por el peso de los actores, si los ciudadanos no son el centro nunca habrá una reforma sustancial.
7. Dada la percepción negativa de las EPS, para las personas la transformación en gestoras es solo un cambio de nombre
8. Se plantea que las gestoras solo podrán contratar a su propia red de clínicas y hospitales en el nivel de atención básica, es decir, en servicios como de baja complejidad como urgencias y consulta externa básica, pero a las personas no es relevante de quien dependa la entidad que los atienda pero sí que lo hagan de manera efectiva y con calidad.

La opinión por tipo de relación con el sector salud a esta pregunta fue:



En cuanto a la distribución de la opinión de los grupos objetos de estudio se observó que de los que respondieron afirmativamente en que existen puntos que generarían vacíos o inconsistencias jurídicas, el grupo de los profesionales del sector, son los que en su mayoría respondieron afirmativamente, seguido de los directivos y administrativos del sector, mientras que un reducido porcentaje de usuarios opinó afirmativamente este interrogante.

En contraste, la respuesta contraria a lo anterior, los grupos se invirtieron, siendo los usuarios los que manifestaron su respuesta negativa a la pregunta planteada en el interrogante anterior. Es muy probable que se deba a que en la medida en que se tenga mayor conocimiento y interacción con el sistema se puedan identificar con mayor claridad las debilidades del sistema, sin embargo no podemos menospreciar la capacidad y el liderazgo de usuarios comprometidos con el mejoramiento del sistema de Salud Colombiano

5. DISCUSIÓN

Los Objetivos de Desarrollo del Milenio que busca exponer un marco de 8 objetivos, 18 metas y 48 indicadores aprobados mediante un consenso de expertos de la Secretaría de las Naciones Unidas y el FMI, la OCDE y el Banco Mundial constituyéndose en un plan convenido por todas las naciones e instituciones de desarrollo más importantes a nivel mundial quienes han galvanizado esfuerzos sin precedentes para ayudar a los más pobres del mundo.

Estos objetivos son: 1) Erradicar la pobreza extrema y el hambre. Se pretende reducir a la mitad para el 2015, el porcentaje de personas cuyos ingresos sean inferiores a 1 dólar por día así como el porcentaje de personas que padezcan hambre; 2) Lograr la enseñanza primaria universal. Esto es, velar por que, para el 2015, los niños y niñas de todo el mundo puedan terminar un ciclo completo de enseñanza primaria; 3) Promover la igualdad entre los sexos y la autonomía de la mujer. Se busca eliminar las desigualdades entre los géneros y en todos los niveles de la enseñanza antes de fines de 2015; 4) Reducir la mortalidad de los niños menores de 5 años. La meta es reducir en dos terceras partes la mortalidad de esta población; 5) Mejorar la salud materna. Se logrará reduciendo la mortalidad materna en tres cuartas partes para el 2015; 6) Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades. La meta es haber detenido y comenzado a reducir, para el 2015 la propagación del VIH/SIDA, la incidencia del paludismo y otras enfermedades graves; 7) Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente. Esto es, incorporar los principios del desarrollo sostenible en las políticas y los programas nacionales e invertir la pérdida de recursos del medio ambiente, reducir a la mitad para el 2015 el porcentaje de personas que carezcan de acceso sostenible al agua potable y servicios básicos de saneamiento y haber mejorado considerablemente, para el 2020, la vida de por lo menos 100 millones de habitantes de tugurios; y, 8) Fomentar una asociación mundial para el desarrollo.

Se incluye el compromiso de lograr una buena gestión de los asuntos públicos, el desarrollo y la reducción de la pobreza en cada país y en el plano internacional.

No es casualidad que seis de los ocho ODM suscritos tienen que ver con el estado de salud de una sociedad y están relacionados con la pobreza, el hambre, la mortalidad, la presencia de ciertas enfermedades e incluso, con el acceso a agua potable y a medicamentos esenciales. En este contexto, el funcionamiento adecuado del sistema de salud en el país cobra una gran importancia: por un lado, es un instrumento poderoso para incrementar el bienestar de la población y por el otro, si ese sistema no funciona apropiadamente, el logro de las metas establecidas se verá comprometido. Adicionalmente, aún con un funcionamiento adecuado, el impacto del cumplimiento de estas metas sobre el bienestar y las finanzas públicas será sustancial.

El Ph.D. Dov Chernichoski de la Universidad de Ben Gurion de Israel aseguró: “Colombia invierte como país desarrollado, pero sus resultados en salud son de país subdesarrollado” (27) expresión que resume lo encontrado en la investigación: los pacientes se enfrentan a un sistema que busca la manera de atenderlos con la mayor eficiencia posible, esto es, en un tiempo muy corto, induciendo al médico a emplear técnicas clínicas y diagnósticas no adecuadas donde se encamina a tratamientos sintomáticos insustanciales o a la solicitud de exámenes que en muchos casos nada tienen que ver con el motivo de la consulta. La conservación y recuperación de la salud no son el objeto social del sistema sino un régimen de compraventa de tecnología diagnóstica y terapéutica sustentada en la identificación de procesos facturables (consultas, cirugías, terapias, procesos diagnósticos) detectados y atendidos en muchos casos en forma tardía.

El actual sistema de salud iniciado hace 23 años ha sido exitoso en cuanto a cobertura, pues de acuerdo a cifras oficiales del Ministerio de la Protección Social casi el 90% de los colombianos están cubiertos, aunque hay que aclarar que existe diferencia entre la necesidad de atención médica y la demanda por servicios

de salud, independientemente de si consideran que dicho problema de salud requiere o no atención médica, mientras que la segunda depende de factores como el ingreso, los costos de atención y el estado de salud percibido por las personas o la gravedad percibida del problema de salud.

En ese sentido, la consulta por prevención es una variable correlacionada con diferentes características no observables de las personas, como el conocimiento del funcionamiento del SGSSS, que está directamente asociado a la utilización de los servicios y la confianza en el personal médico, pues se presume que una persona que asiste al médico por prevención está más enterada acerca de los requisitos y pasos a seguir para acceder al servicio médico en caso de presentar una enfermedad que una persona que no asista por prevención. Asimismo, es de esperarse que quienes consultan por prevención confíen más en los médicos que quienes no.

La ley 1751 de 2015 firmada el 16 de Febrero y por la cual se regula el derecho fundamental a la salud plantea varios aspectos fundamentales:

1. Legaliza el derecho a la salud como un derecho fundamental
2. Se convierte en parte de la constitución por ser una ley estatutaria
3. Define formalmente que es un derecho individual y colectivo donde no se puede restringir la acción de tutela como mecanismo de protección del derecho fundamental de la salud
4. Estipula que la atención de urgencias no necesita ningún tipo de autorización ni trámite burocrático y que todas las IPS y EPS tienen que atender a las personas en urgencias
5. Estipula que si la sostenibilidad fiscal es importante no puede ser el centro del sistema ya que lo fundamental es la persona y esta no puede dejar de ser atendida por problemas económicos o disponibilidad fiscal

6. La ley estipula que si una persona ya tiene un tratamiento, un medicamento o se encuentra hospitalizado todo esto tiene que seguir hasta que se rehabilite
7. El derecho a la salud de las personas es inherente y no a su capacidad de pago

A futuro y dentro de dos años no habrá un POS sino algunas condiciones que constituirían el no POS. Sin embargo, la ley indica que el tratamiento debe ser integral y continuo. Esta ley es para garantizar el derecho fundamental de la gente a la salud, para un acceso oportuno, eficaz y con calidad, en ese sentido propone la integralidad como una condición para que eso suceda e intuye un sistema de salud en redes integrales que pueden ser públicas o privadas. El problema es que la percepción que existe entre usuarios y la comunidad médica es que más que una red se siente una desagregación y fragmentación de servicios. Por ejemplo, de acuerdo con cifras del Banco de la Republica, 80% de la oferta de servicios en salud son de carácter privado, y en el país hay 504 municipios (45%) que no cuentan con oferta del sector público. Además, en la red pública hay 41 instituciones prestadoras de salud (IPS) de alta complejidad, concentrados en solo 20 municipios, y de estas, 17 están en Bogotá que a su vez tiene la oferta concentrada en las localidades de Chapinero y Usaquén (28).

Lo que el común de las personas desconoce es que en América Latina, el proceso de implantación de reformas de mercado en los sectores sociales del bienestar y, en particular, en salud, ha sido liderado e impuesto por los organismos multilaterales de crédito (Banco Mundial, Banco Interamericano de Desarrollo y Fondo Monetario Internacional) con la aquiescencia de sectores gubernamentales y técnicos y de gobiernos nacionales; aunque con implicaciones, avances y retrocesos diferentes, de acuerdo a los procesos socio-políticos y al papel de los movimientos sociales y de los gobiernos progresistas de los últimos años en algunos países de la región. Los documentos del BM incorporan y actualizan, en

las dos últimas décadas, la fórmula del Consenso de Washington basada en la disminución de la intervención estatal, apertura e internacionalización económica, privatización y flexibilidad del mercado de trabajo y, orientada en el ámbito de la política social a: la concentración del gasto social estatal en la población extremadamente pobre focalización; el traslado de costos de los servicios sociales, antes financiados con recursos públicos, a los ciudadanos; la descentralización; la privatización de instituciones públicas; y la disminución del papel social del Estado y por ende, del contenido y alcance de los derechos sociales. De acuerdo a lo anterior, en Colombia ha primado el derecho a la salud de racionalidad mercantil, de hecho, el volumen creciente de acciones de tutela entre 1999 y 2008 puesto en evidencia en los informes de la Defensoría del Pueblo, la vulneración sistemática del derecho a la salud representada en la negación de prestaciones mayoritariamente incluidas en el POS —pruebas diagnósticas, procedimientos, medicamentos, cirugías, tratamientos y atención especializada—, las barreras de acceso generadas por aseguradores y prestadores y la producción de jurisprudencia en salud resultante, derivaron en la Sentencia T-760 de 2008, el pronunciamiento más importante en salud expedido por la Corte Constitucional, en la cual se imparten órdenes al Estado, a las EPS y a otras instancias del SGSSS para el cumplimiento de las medidas de regulación estipuladas en las normas y un cronograma para la igualación de los POS de los dos regímenes; la sentencia dedica, además, especial atención a un componente del derecho a la salud que es también el más invocado en las acciones de tutela interpuestas por los ciudadanos: el del acceso a los servicios.

No obstante, los ciudadanos enfrentan todos los obstáculos para obtener sólo el componente asistencial de ese derecho, el cual es más un derecho de prestación del ámbito ya no de la dignidad humana, sino de la disponibilidad de recursos y de la capacidad de pago de los usuarios; de hecho, su realización puede diferirse en el tiempo, como ha pasado, con la homologación de los planes de beneficios, y su justiciabilidad no es prioritaria para el Estado. En ese orden de ideas, los

gobiernos han ignorado o minimizado las sólidas y documentadas evidencias de muertes, dolor, sufrimiento y deterioro de la situación de salud, resultado del afán de rentabilidad de los distintos actores del SGSSS no han atendido el clamor de las crecientes luchas sociales por otro sistema de salud donde la prioridad sea la realización efectiva y no la declaratoria formal, del derecho a la salud como derecho fundamental; han legislado a favor de los intereses de las EPS privadas y no de la resolución de las necesidades de la población (29), es decir, es un escenario donde las EPS no asumen riesgo financiero y estimulan un modelo de mercado que favorece las ganancias del complejo médico-industrial, las IPS por su parte aprendieron que su sostenibilidad financiera depende del uso intensivo de tecnologías de más alto costo para mostrar balances con rentabilidad y los ciudadanos influenciados por el sistema y los medios prefieren y exigen la última tecnología o medicamentos de alto costo, sin valorar el uso de tecnologías costo efectivo más favorables para el sistema.

Por tanto, las características que debería tener un nuevo modelo de salud sería aquel en el que las redes estuvieran basadas en atención primaria en salud, ser integrales contemplando desde lo promocional hasta el tratamiento de la enfermedad, siendo complementarias y no la suma de portafolios de servicios estando estructuradas a partir de la lectura de las necesidades en salud de la población en su territorio. (30) No trabajar sobre la enfermedad, sino sobre la salud. Esta es la plataforma sobre la cual se debe construir un modelo de salud alternativo, menos pacientes que lleguen al nivel especializado significan un buen trabajo en el manejo preventivo y representan beneficios para el sistema en cuanto a manejo de recursos y para el paciente una atención más oportuna. Las condiciones laborales de los profesionales de la salud son un aspecto a mejorar especialmente en aquellos que trabajan en zonas marginales a través de un modelo que haga énfasis en lo local, ofrezca movilidad al profesional y que mediante innovaciones metodológicas refuerce las simulaciones como una figura de enseñanza importante para la seguridad de los pacientes.

CONCLUSIONES

El actual sistema de salud iniciado hace poco más de 20 años ha sido exitoso en cuanto a cobertura en el aseguramiento a la población, pues de acuerdo a cifras oficiales del Ministerio de la Protección Social casi el 95% de los Colombianos están cubiertos, pero tiene unos problemas que afectan su buen funcionamiento:

1. El fraccionamiento, es un sistema donde para ser atendido hay que ir a dos o tres lugares, pedir autorizaciones y realizar muchos trámites para obtener finalmente la prestación del servicio que se requiere, lo que atenta contra la oportuna intervención médica de los casos con excepción de la atención por servicios de urgencias vitales. No hay un responsable para la salud en diferentes grupos de población sino múltiples y eso se traduce en que desfavorece el manejo oportuno, integral e integrado. Por otra parte esto impacta la calidad de la prestación y la seguridad del paciente por lo tanto es una barrera identificable para actores y usuarios del sistema actual de salud.
2. La intermediación, el Estado delega la administración a las EPS (EAPB) mediante la entrega de la Unidad de Pago por Capitación – UPC – por afiliado y la compensación que hace el Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga) al régimen contributivo. A su vez, cada EPS delega el control del gasto médico y la administración del gasto de atención a los afiliados en una IPS, ESE u hospital público, por un porcentaje aún menor de la UPC. Con cada intermediario el recurso se va disminuyendo y cada uno de ellos busca garantizar una utilidad financiera que por lo general va en deterioro de la calidad del servicio de salud prestado.
3. Sostenibilidad incongruente, está basado en un modelo de trabajo formal en un país donde la informalidad laboral y el subempleo superan el 50% de la Población Económicamente Activa lo que lo hace financieramente inviable

para el Estado la sostenibilidad del Sistema de Salud, es decir, quien está en el régimen contributivo aporta al sistema de salud pero cuando ese trabajador migra al régimen subsidiado porque pierde su empleo, se tienen que destinar recursos económicos para garantizar la accesibilidad a los servicios de salud de él y su núcleo familiar.

4. Sobre aseguramiento, este es un fenómeno condicionado a la prestación de servicios y a la oportunidad. Por otro lado, se observa prestación de la atención en asegurados de diversos paquetes en los trabajadores (ARL), seguros por accidente (SOAT) Medicina Prepagada, Aseguramiento o póliza de ampliación de servicios en empleados, Soat, EPS, medicina prepagada, entre otros, generando retrasos en la prestación de los servicios pues a la hora de un accidente todos buscan no hacerse responsable del costo ni de la atención. Si bien es cierto que el aseguramiento garantiza la oportunidad en la prestación del servicio de salud, también es cierto que cuando el paciente tiene más de un seguro, esto puede acarrear demoras en la autorización de servicios, lo anterior debido a que las aseguradoras entran en argumentos de quien es el responsable de la atención del paciente y hasta donde llega su responsabilidad en una atención en salud, lo que puede afectar la oportuna atención y tratamiento de la persona que necesita el servicio.
5. Desagregación de servicios. De acuerdo con cifras del Banco de la Republica, 80% de la oferta de servicios en salud son de carácter privado, y en el país el 45% de municipios no cuentan con oferta del sector público. Además, en la red pública hay 41 instituciones prestadoras de salud (IPS) de alta complejidad, concentrados en solo 20 municipios, y de estas, 17 están en Bogotá que a su vez tiene la oferta concentrada en las localidades de Chapinero y Usaquén

6. Administración de los recursos. Contrario a lo que se puede considerar el problema del sistema no es de dinero sino de cómo se administra. De hecho, el gasto total en salud se ha incrementado de forma importante desde la entrada de la ley 100, pasando de 9,49 billones de pesos en 1993 a más de 40 billones para el 2014. Además si se analizan las ganancias de las EPS, queda en evidencia que los recursos son suficientes incluso para asegurar importantes tasas de rentabilidad a los accionistas de estas entidades.
7. Deficiente equiparación. Se dice que el problema del POS es el de las “zonas grises” (procedimientos, medicamentos y dispositivos no contemplados de manera específica en el) y que las tutelas y recobros por los no POS son los causantes de la falta de liquidez del sistema y la crisis financiera. Sin embargo, a pesar de la “actualización” del plan de beneficio que incluyó la ampliación en 300 procedimientos, no se incluyeron los medicamentos causantes de esos recobros. Es así como se siguen permitiendo aun cuando se conoce evidencia científica en el mundo que demuestra que los sistemas con recobros estimulan el gasto y los sobre costos
8. Ineficiencia en los sistemas de información. No hay reporte oportuno de los actores del sistema y esto impide articular acciones conjuntas para garantizar el acceso a los servicios y el cumplimiento de las normas. Es imperativo abarcar la planeación y mecanismos de evaluación para que el sistema tenga las herramientas de retroalimentación para tomar los correctivos antes que se ahonde una crisis, es decir, adoptar medidas de control a través del monitoreo permanente que arroje alertas tempranas a los actores e integrantes del sistema.
9. Corrupción. En los Entes de Control están en curso procesos en Investigación por malos manejos y destinación diferentes de los recursos económicos para la prestación de los servicios de la salud pública. Investigaciones a EPS e IPS debidas al incumplimiento relativos a fallos de tutela, pagos a IPS, omisiones

en tratamientos, facturas ilícitas remitidas al Fosyga, omisiones en ejecución de acciones de salud pública, falta de contratación con la red pública hospitalaria, multiafiliación deliberada y retiros unilaterales de usuarios de las EPS.

10. Unidad de caja. Una vez los recursos ingresan a las arcas de los operadores privados tienden a confundirse con los recursos propios haciendo casi imposible demostrar que se usan recursos públicos, fiscales y parafiscales en inversiones privadas.
11. La proliferación de Universidades y/o facultades donde se forman los profesionales de la salud, ha ocasionado una superpoblación o sobre oferta de trabajadores del sector de la salud lo que ha afectado la capacidad adquisitiva y de salarios justos por una desproporcionada oferta de profesionales en el mercado de los servicios de salud.
12. La Calidad en la prestación de los servicios de salud se ha deshumanizado ya que en muchas ocasiones los pacientes son vistos como una cifra estadística o una meta por cumplir, esto debido a algunos factores que el mismo sistema ha venido implementando: Se ha determinado un tiempo para la atención de los pacientes en los que las EPS encasillan al profesional de la salud para que en este tiempo atienda un número de pacientes lo que atenta contra la prestación humanitaria y de Calidad del servicio debido a que si el Profesional incumple el “tiempo de producción” este último no recibirá los estímulos económicos que otorgan las EPS para aquellos profesionales que sean más “Eficientes” atendiendo los pacientes en el tiempo establecido por ellas.
13. Los Centros de Formación de profesionales de la salud con el afán de tener una rentabilidad financiera y de sostenimiento en el mercado, “gradúan” un gran número de profesionales con algunas falencias en la experiencia,

formación y el sentido humanitario que debe tener un profesional de la salud acerca de su rol en la sociedad.

14. Desestimulo de lo “no rentable”. Históricamente, se ha negado intencionalmente, por diversos mecanismos, el “acceso universal al cuidado y atención primaria de la salud” para todos los ciudadanos, quienes circulan en el tercer nivel de atención pagados por tarifas y se privilegia el uso de tecnología “rentable” y se desestimula lo “no rentable” como la atención a los niños y las madres, donde por ejemplo, es más lucrativa una cesárea que atender un parto normal, sin medir las complicaciones y consecuencias advertidas por la Organización Mundial de la Salud OMS.

Con la aprobación de la Ley 1751 de 2015 el modelo de salud en Colombia se concibe como un derecho fundamental de carácter autónomo, es decir, sin sujeción o conexidad con otro y no solo como un servicio de obligatoria prestación por parte del Estado. Dentro de las reformas aprobadas se encuentra el cambio en la Operacionalización del régimen de beneficios vigente por más de 20 años conocido como el Plan Obligatorio de Salud (POS), el cual queda abolido y es reemplazado por un plan universal soportado en un régimen de exclusiones expresas tales como:

1. Lo cosmético y suntuario. Esto es, procedimientos y cirugías estéticas, insumos, dispositivos y medicamentos para mejorar condiciones que no están definidas como enfermedad y que no contribuyen al bienestar específico de la persona
2. Lo experimental. Si los pacientes entran a formar parte de estudios, protocolos de investigación o de complementos académicos, los gastos en que se incurra no podrán ser pagados con recursos públicos
3. Medicamentos, procedimientos, dispositivos o procesos sanitarios que no tengan evidencia científica. Todos aquellos elementos que no estén soportados de manera técnica o científica, avalados por las sociedades

científicas o la academia no podrán ser cubiertos por el sistema. La ley respeta de manera concreta los tratamientos provenientes de las comunidades indígenas y de conocimiento ancestral, siempre y cuando sean aplicados a integrantes de estas comunidades.

4. Tratamientos en el exterior que puedan ser brindados en el país. Todo procedimiento que tenga un referente de aplicación o una alternativa que produzca desenlace similar a los ofrecidos en el exterior en Colombia no serán cubiertos por el sistema.
5. Los medicamentos, procedimientos, dispositivos o procesos sanitarios de cualquier índole cuyo uso no haya sido autorizado por la autoridad competente.

Para todos o cualquiera de estos casos, dispone el texto de la Ley que las decisiones de exclusión no podrán resultar en el fraccionamiento de salud previamente cubierto y ser contrarias al principio de integralidad e interculturalidad. Para ampliar progresivamente los beneficios la ley ordinaria determinará un mecanismo técnico científico, de carácter público, colectivo, participativo y transparente. La Ley establece que la cobertura será universal y por ello procede la supresión de los regímenes subsidiado y contributivo, también prevé los componentes de promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento, recuperación, rehabilitación y paliación de las enfermedades de acuerdo con las necesidades de los usuarios, los hospitales públicos por su parte, serán evaluados por su rentabilidad social y no económica.

Uno de los logros de la nueva Ley es el reconocimiento expreso de la autonomía médica, en caso de discrepancias con lo que los médicos prescriban, solo las juntas medicas de las redes de servicios podrán dirimir, el Estado deberá también regular los precios en toda la cadena que interviene en el mercado de medicamentos y proveer recursos necesarios para garantizar el derecho a través de todas sus fuentes de financiación y hacer los ajustes presupuestales

pertinentes para evitar desequilibrios financieros. Cabe anotar que los recursos de la salud al ser inembargables no podrán utilizarse para otros fines o desviarse.

Pese a lo anterior, la percepción de los trabajadores de la salud y usuarios del sistema sobre la reforma planteada por el gobierno en la Ley 1751 de 2015 es que no resuelve los problemas, sino que terminará ocurriendo lo mismo con el nuevo fondo SaludMia: tendrá que compensar, recaudar, afiliar a 47 millones de usuarios, pagar alrededor de 40 millones de procedimientos cada mes y deberá controlar mensualmente las afiliaciones y las incapacidades en todo el país. Por tanto, se requerirá de un modelo en donde las redes estén basadas en atención primaria en salud, contemplando desde lo promocional hasta el tratamiento de la enfermedad, siendo complementarias e integrales y estando estructuradas a partir de la lectura de las necesidades en salud de la población en su territorio, no enfocada sobre la enfermedad, sino sobre la salud, plataforma sobre la cual la investigación propone, se debe construir un modelo de salud alternativo.

RECOMENDACIONES

La investigación propone un modelo de salud alternativo que beneficie a grupos de interés del sector y usuarios del sistema para lo cual se hacen las siguientes recomendaciones a nivel municipal, departamental y nacional:

MUNICIPAL

Los alcaldes y gobernadores son los encargados de llevar a cabo acciones de salud pública, es decir, de prevención de la enfermedad y promoción de la salud, menos pacientes que lleguen al nivel especializado significa un buen trabajo en el manejo preventivo y representan beneficios para el sistema en cuanto a manejo de recursos y para el paciente una atención más oportuna, al respecto:

- ✓ Adoptar la Política de Atención Primaria en Salud (APS) articulada con la red de atención pública y privada, hacerla exigible en toda el área de influencia, que se pueda monitorear y evaluar resultados
- ✓ Cada ente Territorial de salud debe construir y mantener actualizado un perfil de morbilidad que analice los principales riesgos de salud y los determinantes sociales, información que se debe manejar de manera integral entre las regiones que comparten características comunes en lo geográfico, social y demográfico.
- ✓ Fortalecimiento de la Red Hospitalaria Pública a través de la canalización de recursos del sector donde se le dé prioridad al sector público.
- ✓ Control a las EAPB en cuanto al cumplimiento de sus obligaciones en especial los porcentajes de contratación con la Red Pública del respectivo Municipio, donde los contratos deben ser un acuerdo de voluntades y no una imposición como en la actualidad lo hacen las EAPB en detrimento de la Red Pública Hospitalaria.

- ✓ Instruir a través de las redes públicas y privadas municipales hábitos de vida saludable y realización de campañas de prevención y promoción de salud
- ✓ Crear un Observatorio de salud publica
- ✓ Hacer un mayor uso de la información disponible para la toma de decisiones
- ✓ Realizar Diagnostico Interdisciplinario de factores de riesgo que puedan afectar la salud de la población y así definir políticas que permita solucionar aquellas situaciones generadoras de problemas de salud desde el punto de vista que incluya lo social lo ambiental y la capacidad de respuesta del estado en la confrontación y solución de este tipo de situaciones.

DEPARTAMENTAL

- ✓ Evaluar la implementación de la Política de Atención Primaria en Salud (APS) en cada uno de los municipios del Departamento, integrando dichos resultados que le permitan través de esta estrategia mantener unos indicadores de salud aceptables.
- ✓ Así como ocurre con los docentes que laboran en las periferias y que reciben un reconocimiento financiero además del salario, los profesionales de la salud que trabajan en esas mismas zonas también deben tener un incentivo sobre su salario que dignifique su labor y que permita desagregar servicios.
- ✓ Mejorar la capacidad de respuesta de los Hospitales públicos a través del mejoramiento de la eficiencia en la prestación de servicios y logística, con tecnologías de acuerdo a su nivel de complejidad, aprovechando los avances de las comunicaciones en pro del mejoramiento en la prestación del servicio, como por ejemplo la Tele-asistencia de médicos especialista en regiones geográficamente dispersas y de difícil acceso.

- ✓ Establecer tarifas justas en la contratación de servicios de salud por parte de las EAPB del plan de beneficios ya que el modelo de contratación no se establece como un acuerdo de voluntades sino una imposición de tarifas por parte de los aseguradores, lo que afecta significativamente la sostenibilidad financiera de las redes de atención en especial los hospitales públicos.
- ✓ Articular los observatorios de salud municipales
- ✓ Apoyar el fortalecimiento de los centros formadores, reorientación de las mallas curriculares, capacitación continua y desarrollo de la investigación
- ✓ Desarrollar y manejo de un programa de la red de atención en salud que maneje toda la información de los distintos municipios que permita la toma de decisiones y la articulación de esfuerzos en pro de una mayor eficiencia del sistema

NACIONAL

- ✓ Implementar de carácter obligatorio la Política de Atención Primaria en Salud a nivel Nacional que involucre a todos los actores del sistema, donde cada una de las EAPB, IPS Públicas y Privadas deben tener implementada esta estrategia en la población asegurada respectivamente.
- ✓ Fortalecer las redes de prestación de servicios de salud basadas en atención primaria en salud, que sean integrales contemplando desde lo promocional hasta el tratamiento de la enfermedad, siendo complementarias y no la suma de portafolios de servicios estando estructuradas a partir de la lectura de las necesidades en salud de la población en su territorio
- ✓ Crear canales de comunicación y capacitación acerca del buen uso de los servicios de salud a toda la población y el oportuno uso de estos, haciendo énfasis en el autocuidado y prácticas de estilos de vida saludables que finalmente se van a ver reflejados en una mejor calidad de vida de las personas.

- ✓ A los operadores privados el Estado debe hacerles exigible la creación de una cuenta corriente o de ahorros exclusiva para el manejo de los recursos públicos de tal manera que se evite la unidad de caja y permita a los entes de control hacer seguimiento y control del dinero de los contribuyentes.
- ✓ Reglamentar que los excedentes del manejo de recursos de la salud se apliquen a necesidades del sistema y no se queden como ganancias de las EPS
- ✓ Actualizar el POS e incluir los medicamentos causantes de los recobros
- ✓ Las instituciones del sistema de salud deben tramitar los conflictos que hoy son judicializados, mediante instancias de decisión expeditas que combinen criterios médicos y de costo eficiencia con el respeto al debido proceso y las obligaciones jurídicas nacionales e internacionales sobre el derecho a la salud.
- ✓ Implementar una política de recurso humano que lleve a mejorar las condiciones laborales, la estabilidad, los incentivos, la calidad, la orientación hacia los usuarios, entre otros, integrando el RRHH con el sistema, la integración clínica y la información.
- ✓ Entre los Ministerios de Salud y Educación se debe ejercer mayor control en Universidades y demás centros de formación del sector salud, para que los nuevos profesionales aparte de las exigencias académicas tengan el mínimo de sentido humanitario con respecto a la profesión que van a ejercer en la sociedad.
- ✓ Desarrollar procedimientos de evaluación a las EPS e IPS y hacer públicos los resultados.

- ✓ Implementar y Desarrollar una Base de Datos Nacional de los pacientes a través de un modelo de historia clínica digital Único e Integrada con la Red prestadora de Servicios de Salud de baja, mediana y alta Complejidad sea pública o privada de acuerdo al problema de salud de cada paciente. De esta manera se logrará tener una información de la historia clínica del paciente de manera oportuna en cada nivel de complejidad y así tomar las decisiones y tratamientos más favorables para la solución del problema de salud de cada persona cuando requiera la prestación de los servicios de salud.
- ✓ Establecer una política de evaluación por resultados y la creación de incentivos que favorezcan a los prestadores y aseguradores que demuestren mejores resultados en la población de los programas de prevención y atención.
- ✓ Direccionar los recursos nuevos provenientes del posible gravamen a las bebidas gaseosas a mejorar la capacidad resolutoria del primer nivel de atención, con un nuevo modelo de salud basado en la atención primaria y dar viabilidad nacional a las propuestas de organizar un “modelo integral de atención” incluido en el Plan Nacional de Desarrollo.
- ✓ Se requiere un nuevo liderazgo institucional y sistemas de información unificados y abiertos para medir las operaciones del sistema, en donde para blindar y evitar la corrupción el ciudadano sea el primer auditor y la sociedad acompañe la gestión de la salud en sus territorios en forma activa y participativa, con observatorios sociales que denuncien la mínima desviación y falta de ética
- ✓ El complejo médico-industria hace parte de un problema estructural y es necesario: a) profundizar el proceso de regulación de medicamentos y tecnologías para reducir sus costos en el mercado, b) estimular los procesos de compra conjunta entre actores, c) propiciar el uso de medicamentos

genéricos y tecnologías confiables, probadas y de costo razonable, d) ofrecer cursos masivos de uso racional de medicamentos y tecnologías a los profesionales del sistema de salud y e) regular a los prestadores para vigilar los procesos de facturación con participación activa del ciudadano como la validación electrónica de la factura.

- ✓ El mecanismo para la escogencia de los Gerentes de los Hospitales Públicos en el País deben ser a través de Concursos de Meritocracia, donde exista un control por parte del Estado y el Ministerio de Salud en la transparencia de los mismos.
- ✓ En la conformación de las Juntas Directivas de los Hospitales Públicos se debe reevaluar la participación de un integrante de los trabajadores de la misma entidad, ya que esto genera conflicto de intereses debido a que un subordinado a la vez se convierte en jefe del Gerente del Hospital donde labora el mismo, lo que muy seguramente acarrea dificultades en la Gestión y el cumplimiento de las obligaciones de las partes con la objetividad que se requiere.

6. BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

- (1) Hernández, Mario; Miranda, Néstor; Mariño, Consuelo; Cárdenas, Hugo; Wiesner, Carolina. La salud en Colombia. Estudio sectorial realizado entre 1988 y 1989 como parte del proyecto de consolidación del Sistema Nacional de Salud y publicado por el Ministerio de Salud y el DNP en 1990
- (2) Consulta en la web: <http://www.jeguerrero.com/?p=1337>
- (3) Ibíd.
- (4) Toro, Iván; Daza, Enrique. La salud en Colombia: de servicio social a negocio rentable. Rev. Deslinde Febrero – Abril 1996
- (5) Cadena, Aldo. El negocio de la salud. Rev. Deslinde Agosto – Septiembre 1998
- (6) Ibíd.
- (7) Consulta en la web: <http://www.jeguerrero.com/?p=1328>
- (8) Ibíd.
- (9) Consulta en la web: <http://www.jeguerrero.com/?p=1312>
- (10) Consulta en la web:
<http://www.kienyke.com/historias/los-mejores-sistemas-de-salud-del-mundo/>
- (11) Consulta en la web:
<http://www.viva.org.co/lobbying/comision-de-salud/218-momento-cr%C3%ADtico-para-la-salud-en-colombia>
- (12) Ibíd.
- (13) Organización Panamericana de la Salud. La Salud Pública en las Américas: Nuevos conceptos, análisis del desempeño y bases para la acción. Washington DC. 2002
- (14) Consulta en la web: <http://ulahybeltranlopez.blogspot.com.co/2015/09/sera-que-ahora-si-cumplen-y-dejan.html>
- (15) Consulta en la web: <http://ulahybeltranlopez.blogspot.com.co/>
- (16) Consulta en la web:
http://www.portalcomunicacion.com/obregon/pdf/Mosquera_2003.pdf

- (17) Este informe marcó en su momento un hito en la historia de los estudios fiscales y, a diferencia de otros, su propósito no fue plantear recomendaciones para aumentar los recaudos sino hacer más eficiente el gasto público, como una forma de evitar el “efecto please”, de acuerdo con el cual, decía el informe, “cualquier aumento en los ingresos tributarios tiende a generar un incremento en los gastos de funcionamiento y, por lo tanto, su impacto sobre el desarrollo económico es mínimo”
- (18) Ahumada, Consuelo. Política social y reforma de salud en Colombia. Papel político N° 7. Abril de 1998. Página 19
- (19) Varela, Alejandro; Carrasquilla, Gabriel; Tono, Teresa; Samper, Belén. Barreras para la implementación de la reforma de salud en Colombia. Colombia Médica. Vol. 33 N°3. 2002
- (20) Ibíd
- (21) Gómez, Rubén Darío y Walter Ramiro Toro. Las instituciones prestadoras de servicio en la ley 100; un año de implementación, informes técnicos. 1997
- (22) Mertens, Donna M. Métodos de investigación en la educación y la psicología. Publicaciones Sage. 1998
- (23) Recursos Humanos de la Salud en Colombia. Balance, competencia y prospectiva. Ministerio de la Protección Social, Cendex, Pontificia Universidad Javeriana
- (24) La Comunicación en Salud es el desarrollo científico, la disseminación estratégica y la evaluación crítica de información en salud relevante, exacta, accesible y comprensible para y de audiencias específicas que logren mejorar la salud del público. <http://phdciencia.blogspot.com/2012/04/comunicacion-en-salud.html>
- (25) Alleyne GA. Prologo. El género y la reforma del sector salud. Ed. Hilary Standing
- (26) Rohlf I, Borrell C, Fonseca MC. Género, desigualdades y salud pública: conocimientos y desconocimientos. Gaceta Sanitaria. 2000

- (27) Consulta en la web: <http://www.elspectador.com/noticias/salud/ministerio-de-salud-rechaza-reduccion-de-salarios-medic-articulo-454336>
- (28) Chernichovski, Dov. "El sistema de salud en Colombia: una sinfonía inconclusa y arriesgada". Artículo online consultado en <http://www.icesi.edu.co>
- (29) Consulta en la web:
www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/Programa%20PARS.aspx
- (30) Echeverry López María E. Indignación Justa: Estudios sobre la acción de tutela en salud en Medellín. Hombre Nuevo Editores

ANEXOS

Anexo 1

PROYECTO LEY ORDINARIA 210

CAPITULO I. Objeto, elementos esenciales, principios, derechos y deberes

Artículo 1°. Objeto. La presente ley tiene por objeto garantizar el derecho fundamental a la salud, regularlo y establecer sus mecanismos de protección.

Artículo 2°. Naturaleza y contenido del derecho fundamental a la salud. El derecho fundamental a la salud es autónomo e irrenunciable en lo individual y en lo colectivo. Comprende el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud. El Estado adoptará políticas para asegurar la igualdad de trato y oportunidades en el acceso a las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación para todas las personas. De conformidad con el artículo 49 de la Constitución Política, su prestación como servicio público esencial obligatorio, se ejecuta bajo la indelegable dirección, supervisión, organización, regulación, coordinación y control del Estado.

Artículo 3°. Ámbito de aplicación. La presente ley se aplica a todos los agentes, usuarios y demás que intervengan de manera directa o indirecta, en la garantía del derecho fundamental a la salud.

Artículo 4°. Definición de Sistema de Salud. Es el conjunto articulado y armónico de principios y normas; políticas públicas; instituciones; competencias y procedimientos; facultades, obligaciones, derechos y deberes; financiamiento; controles; información y evaluación, que el Estado disponga para la garantía y materialización del derecho fundamental de la salud.

Artículo 5°. Obligaciones del Estado. El Estado es responsable de respetar, proteger y garantizar el goce efectivo del derecho fundamental a la salud; para ello deberá:

a) Abstenerse de afectar directa o indirectamente en el disfrute del derecho fundamental a la salud, de adoptar decisiones que lleven al deterioro de la salud

de la población y de realizar cualquier acción u omisión que pueda resultar en un daño en la salud de las personas;

b) Formular y adoptar políticas de salud dirigidas a garantizar el goce efectivo del derecho en igualdad de trato y oportunidades para toda la población, asegurando para ello la coordinación armónica de las acciones de todos los agentes del sistema;

c) Formular y adoptar políticas que propendan por la promoción de la salud, prevención y atención de la enfermedad y rehabilitación de sus secuelas, mediante acciones colectivas e individuales;

d) Establecer mecanismos para evitar la violación del derecho fundamental a la salud y determinar su régimen sancionatorio;

e) Ejercer una adecuada inspección, vigilancia y control mediante un órgano y/o las entidades especializadas que se determinen para el efecto;

f) Velar por el cumplimiento de los principios del derecho fundamental a la salud en todo el territorio nacional, según las necesidades de salud de la población;

g) Realizar el seguimiento continuo de la evolución de las condiciones de salud de la población a lo largo del ciclo de vida de las personas

h) Realizar evaluaciones sobre los resultados de goce efectivo del derecho fundamental a la salud, en función de sus principios y sobre la forma como el Sistema avanza de manera razonable y progresiva en la garantía al derecho fundamental de salud;

i) Adoptar la regulación y las políticas indispensables para financiar de manera sostenible los servicios de salud y garantizar el flujo de los recursos para atender de manera oportuna y suficiente las necesidades en salud de la población;

j) Intervenir el mercado de medicamentos, dispositivos médicos e insumos en salud con el fin de optimizar su utilización, evitar las inequidades en el acceso, asegurar la calidad de los mismos o en general cuando pueda derivarse una grave afectación de la prestación del servicio.

Artículo 6°. Elementos y principios del derecho fundamental a la salud. El derecho fundamental a la salud incluye los siguientes elementos esenciales e interrelacionados:

- a) Disponibilidad. El Estado deberá garantizar la existencia de servicios y tecnologías e instituciones de salud, así como de programas de salud y personal médico y profesional competente;
- b) Aceptabilidad. Los diferentes agentes del sistema deberán ser respetuosos de la ética médica así como de las diversas culturas de las personas, minorías étnicas, pueblos y comunidades, respetando sus particularidades socioculturales y cosmovisión de la salud, permitiendo su participación en las decisiones del sistema de salud que le afecten, de conformidad con el artículo 12 de la presente ley y responder adecuadamente a las necesidades de salud relacionadas con el género y el ciclo de vida. Los establecimientos deberán prestar los servicios para mejorar el estado de salud de las personas dentro del respeto a la confidencialidad;
- c) Accesibilidad. Los servicios y tecnologías de salud deben ser accesibles a todos, en condiciones de igualdad, dentro del respeto a las especificidades de los diversos grupos vulnerables y al pluralismo cultural. La accesibilidad comprende la no discriminación, la accesibilidad física, la asequibilidad económica y el acceso a la información.
- d) Calidad e idoneidad profesional. Los establecimientos, servicios y tecnologías de salud deberán estar centrados en el usuario, ser apropiados desde el punto de vista médico y técnico y responder a estándares de calidad aceptados por las comunidades científicas. Ello requiere, entre otros, personal de la salud adecuadamente competente, enriquecida con educación continua e investigación científica y una evaluación oportuna de la calidad de los servicios y tecnologías ofrecidos.

Así mismo, el derecho fundamental a la salud comporta los siguientes principios:

- a) Universalidad. Los residentes en el territorio colombiano gozarán efectivamente del derecho fundamental a la salud en todas las etapas de la vida;

- b) Pro homine. Las autoridades y demás actores del sistema de salud, adoptarán la interpretación de las normas vigentes que sea más favorable a la protección del derecho fundamental a la salud de las personas;
- c) Equidad. El Estado debe adoptar políticas públicas dirigidas específicamente al mejoramiento de la salud de personas de escasos recursos, de los grupos vulnerables y de los sujetos de especial protección;
- d) Continuidad. Las personas tienen derecho a recibir los servicios de salud de manera continua. Una vez la provisión de un servicio ha sido iniciada, este no podrá ser interrumpido de manera intempestiva y arbitraria por razones administrativas o económicas;
- e) Oportunidad. La prestación de los servicios y tecnologías de salud que se requieran con necesidad deben proveerse sin dilaciones que puedan agravar la condición de salud de las personas;
- f) Prevalencia de derechos. El Estado debe implementar medidas concretas y específicas para garantizar la atención integral a niñas, niños y adolescentes. En cumplimiento de sus derechos prevalentes establecidos por la Constitución Política. Dichas medidas se formularán por ciclos vitales: prenatal hasta seis (6) años, de los (7) a los catorce (14) años, y de los quince (15) a los dieciocho (18) años;
- g) Progresividad del derecho. El Estado promoverá la correspondiente ampliación gradual y continua del acceso a los servicios y tecnologías de salud, la mejora en su prestación, la ampliación de capacidad instalada del sistema de salud y el mejoramiento del talento humano, así como la reducción gradual y continua de barreras culturales, económicas, geográficas, administrativas y tecnológicas que impidan el goce efectivo del derecho fundamental a la salud;
- h) Libre elección. Las personas tienen la libertad de elegir sus entidades de salud dentro de la oferta disponible según las normas de habilitación.
- i) Sostenibilidad. El Estado dispondrá, por los medios que la ley estime apropiados, los recursos necesarios y suficientes para asegurar progresivamente

el goce efectivo del derecho fundamental a la salud, de conformidad con las normas constitucionales de sostenibilidad fiscal

j) Solidaridad. El sistema está basado en el mutuo apoyo entre las personas, generaciones, los sectores económicos, las regiones y las comunidades.

K) Eficiencia. El sistema de salud debe procurar por la mejor utilización social y económica de los recursos, servicios y tecnologías disponibles para garantizar el derecho a la salud de toda la población.

l) Interculturalidad. Es el respeto por las diferencias culturales existentes en el país y en el ámbito global, así como el esfuerzo deliberado por construir mecanismos que integren tales diferencias en la salud, en las condiciones de vida y en los servicios de atención integral de las enfermedades, a partir del reconocimiento de los saberes, prácticas y medios tradicionales, alternativos y complementarios para la recuperación de la salud en el ámbito global.

m) Protección a los pueblos indígenas. Para los pueblos indígenas el Estado reconoce y garantiza el derecho fundamental a la salud integral, entendida según sus propias cosmovisiones y conceptos, que se desarrolla en el Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural – SISPI.

n) Protección pueblos y comunidades indígenas, ROM y negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras. Para los pueblos y comunidades indígenas, ROM y negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras, se garantizará el derecho a la salud como fundamental y se aplicará de manera concertada con ellos, respetando sus costumbres.

Parágrafo. Los principios enunciados en este artículo se deberán interpretar de manera armónica sin privilegiar alguno de ellos sobre los demás. Lo anterior no obsta para que sean adoptadas acciones afirmativas en beneficio de sujetos de especial protección constitucional como la promoción del interés superior de las niñas niños y mujeres en estado de embarazo y personas de escasos recursos, grupos vulnerables y sujetos de especial protección.

Artículo 7°. Evaluación anual de los indicadores del goce efectivo. El Ministerio de Salud y Protección Social divulgará evaluaciones anuales sobre los resultados de

goce efectivo del derecho fundamental a la salud, en función de los elementos esenciales de accesibilidad, disponibilidad, aceptabilidad y calidad.

Con base en los resultados de dicha evaluación se deberán diseñar e implementar políticas públicas tendientes a mejorar las condiciones de salud de la población.

El informe sobre la evolución de los indicadores de goce efectivo del derecho fundamental a la salud deberá ser presentado a todos los agentes del sistema.

Artículo 8°. La integralidad. Los servicios y tecnologías de salud deberán ser suministrados de manera completa para prevenir, paliar o curar la enfermedad, con independencia del origen de la enfermedad o condición de salud, del sistema de provisión, cubrimiento o financiación definido por el legislador. No podrá fragmentarse la responsabilidad en la prestación de un servicio de salud específico en desmedro de la salud del usuario.

En los casos en los que exista duda sobre el alcance de un servicio o tecnología de salud cubierto por el Estado, se entenderá que éste comprende todos los elementos esenciales para lograr su objetivo médico respecto de la necesidad específica de salud diagnosticada.

Parágrafo. Para efectos del presente artículo se entiende por tecnología o servicio de salud aquellos directamente relacionados con el tratamiento y el cumplimiento del objetivo preventivo o terapéutico. Aquellos servicios de carácter individual que no estén directamente relacionados con el tratamiento y cumplimiento del objetivo preventivo o terapéutico, podrán ser financiados, en caso de que no existiese capacidad de pago, con recursos diferentes a los destinados al cubrimiento de los servicios y tecnologías en salud, en el marco de las políticas sociales del Estado.

Artículo 9°. Determinantes sociales de salud. Es deber del Estado adoptar políticas públicas dirigidas a lograr la reducción de las desigualdades de los determinantes sociales de la salud que incidan en el goce efectivo del derecho a la salud, promover el mejoramiento de la salud, prevenir la enfermedad y elevar el nivel de la calidad de vida. Estas políticas estarán orientadas principalmente al logro de la equidad en salud.

El legislador creará los mecanismos que permitan identificar situaciones o políticas de otros sectores que tienen un impacto directo en los resultados en salud y determinará los procesos para que las autoridades del sector salud participen en la toma de decisiones conducentes al mejoramiento de dichos resultados.

Parágrafo. Se entiende por determinantes sociales de salud aquellos factores que determinan la aparición de la enfermedad, tales como los sociales, económicos, culturales, nutricionales, ambientales, ocupacionales, habitacionales, de educación y de acceso a los servicios públicos, los cuales serán financiados con recursos diferentes a los destinados al cubrimiento de los servicios y tecnologías de salud.

Artículo 10. Derechos y deberes de las personas, relacionados con la prestación del servicio de salud. Las personas tienen los siguientes derechos relacionados con la prestación del servicio de salud:

- a) A acceder a los servicios y tecnologías de salud, que le garanticen una atención integral, oportuna y de alta calidad;
- b) Recibir la atención de urgencias que sea requerida con la oportunidad que su condición amerite sin que sea exigible documento o cancelación de pago previo alguno;
- c) A mantener una comunicación plena, permanente, expresa y clara con el profesional de la salud tratante;
- d) A obtener información clara, apropiada y suficiente por parte del profesional de la salud tratante que le permita tomar decisiones libres, conscientes e informadas respecto de los procedimientos que le vayan a practicar y riesgos de los mismos. Ninguna persona podrá ser obligada, contra su voluntad, a recibir un tratamiento de salud;
- e) A recibir prestaciones de salud en las condiciones y términos consagrados en la ley;
- f) A recibir un trato digno, respetando sus creencias y costumbres, así como las opiniones personales que tengan sobre los procedimientos;
- g) A que la historia clínica sea tratada de manera confidencial y reservada y que únicamente pueda ser conocida por terceros, previa autorización del paciente o en

los casos previstos en la ley, y a poder consultar la totalidad de su historia clínica en forma gratuita y a obtener copia de la misma.

h) A qué se le preste durante todo el proceso de la enfermedad, asistencia de calidad por trabajadores de la salud debidamente capacitados y autorizados para ejercer;

i) A la provisión y acceso oportuno a las tecnologías y a los medicamentos requeridos;

j) A recibir los servicios de salud en condiciones de higiene, seguridad y respeto a su intimidad;

k) A la intimidad. Se garantiza la confidencialidad de toda la información que sea suministrada en el ámbito del acceso a los servicios de salud y de las condiciones de salud y enfermedad de la persona, sin perjuicio de la posibilidad de acceso a la misma por los familiares en los eventos autorizados por la ley o las autoridades en las condiciones que esta determine;

l) A recibir información sobre los canales formales para presentar reclamaciones, quejas, sugerencias y en general, para comunicarse con la administración de las instituciones, así como a recibir una respuesta por escrito;

m) A solicitar y recibir explicaciones o rendición de cuentas acerca de los costos por los tratamientos de salud recibidos;

n) A qué se le respete la voluntad de aceptación o negación de la donación de sus órganos de conformidad con la ley

o) A no ser sometidos en ningún caso a tratos crueles o inhumanos que afecten su dignidad, ni a ser obligados a soportar sufrimiento evitable, ni obligados a padecer enfermedades que pueden recibir tratamiento;

p) A que no se le trasladen las cargas administrativas y burocráticas que le corresponde asumir a los encargados o intervinientes en la prestación del servicio;

q) Agotar las posibilidades razonables de tratamiento efectivo para la superación de su enfermedad;

Son deberes de las personas relacionados con el servicio de salud, los siguientes:

a) Propender por su autocuidado, el de su familia y el de su comunidad;

- b) Atender oportunamente las recomendaciones formuladas en los programas de promoción y prevención;
- c) Actuar de manera solidaria ante las situaciones que pongan en peligro la vida o la salud de las personas;
- d) Respetar al personal responsable de la prestación y administración de los servicios salud;
- e) Usar adecuada y racionalmente las prestaciones ofrecidas, así como los recursos del sistema;
- f) Cumplir las normas del sistema de salud;
- g) Actuar de buena fe frente al sistema de salud;
- h) Suministrar de manera oportuna y suficiente la información que se requiera para efectos del servicio;
- i) Contribuir solidariamente al financiamiento de los gastos que demande la atención en salud y la seguridad social en salud, de acuerdo con su capacidad de pago.

Parágrafo 1°. Los efectos del incumplimiento de estos deberes solo podrán ser determinados por el legislador. En ningún caso su incumplimiento podrá ser invocado para impedir o restringir el acceso oportuno a servicios de salud requeridos con necesidad.

Parágrafo 2°. El Estado deberá definir las políticas necesarias para promover el cumplimiento de los deberes de las personas, sin perjuicio de lo establecido en el parágrafo 1°.

Artículo 11. Sujetos de especial protección. La atención de niños, niñas y adolescentes, mujeres en estado de embarazo, desplazados, víctimas de violencia y del conflicto armado, la población adulta mayor, personas que sufren de enfermedades huérfanas y personas en condición de discapacidad, gozarán de especial protección por parte del Estado. Su atención en salud no estará limitada por ningún tipo de restricción administrativa o económica. Las instituciones que hagan parte del sector salud deberán definir procesos de atención intersectoriales e interdisciplinarios que le garanticen las mejores condiciones de atención. En el

caso de las mujeres en estado de embarazo, se adoptarán medidas para garantizar el acceso a los servicios de salud que requieren con necesidad durante el embarazo y con posterioridad al mismo y para garantizar que puedan ejercer sus derechos fundamentales en el marco del acceso a servicios de salud.

Parágrafo 1°. Las víctimas de cualquier tipo de violencia sexual tienen derecho a acceder de manera prioritaria a los tratamientos psicológicos y psiquiátricos que requieran.

Parágrafo 2°. En el caso de las personas víctimas de la violencia y del conflicto armado, el Estado desarrollará el programa de atención psicosocial y salud integral a las víctimas de que trata el artículo 137 de la Ley 1448 de 2011.

CAPÍTULO II. Garantía y mecanismos de protección del derecho fundamental a la salud

Artículo 12. Participación en las decisiones del sistema de salud. El derecho fundamental a la salud comprende el derecho de las personas a participar en las decisiones adoptadas por los agentes del sistema de salud que la afectan o interesan. Este derecho incluye:

- a) Participar en la formulación de la política de salud así como en los planes para su implementación
- b) Participar en las instancias de deliberación, veeduría y seguimiento del Sistema;
- c) Participar en los programas de promoción y prevención que sean establecidos;
- d) Participar en las decisiones de inclusión o exclusión de servicios y tecnologías;
- e) Participar en los procesos de definición de prioridades de salud;
- f) Participar en decisiones que puedan significar una limitación o restricción en las condiciones de acceso a establecimientos de salud;
- g) Participar en la evaluación de los resultados de las políticas de salud.

Artículo 13. Redes de servicios. El sistema de salud estará organizado en redes integrales de servicios de salud, las cuales podrán ser públicas, privadas o mixtas.

Artículo 14. Prohibición de la negación de prestación de servicios. Para acceder a servicios y tecnologías de salud no se requerirá ningún tipo de autorización administrativa entre el prestador de servicios y la entidad que cumpla la función de gestión de servicios de salud cuando se trate de atención inicial de urgencia y en aquellas circunstancias que determine el Ministerio de Salud y Protección Social.

El Gobierno Nacional definirá los mecanismos idóneos para controlar el uso adecuado y racional de dichos servicios y tecnologías en salud.

Parágrafo 1. En los casos de negación de los servicios que comprenden el derecho fundamental a la salud con independencia a sus circunstancias, el Congreso de la República definirá mediante ley las sanciones penales y disciplinarias tanto de los Representantes Legales de las entidades a cargo de la prestación del servicio, como de las demás personas que contribuyeron a la misma.

Parágrafo 2. Lo anterior sin perjuicio de la tutela.

Artículo 15. Prestaciones de salud. El Sistema garantizará el derecho fundamental a la salud a través de la prestación de servicios y tecnologías, estructurados sobre una concepción integral de la salud, que incluya su promoción, la prevención, la paliación, la atención de la enfermedad y rehabilitación de sus secuelas. En todo caso, los recursos públicos asignados a la salud no podrán destinarse a financiar servicios y tecnologías en los que se advierta alguno de los siguientes criterios:

- a) Que tengan como finalidad principal un propósito cosmético o suntuario no relacionado con la recuperación o mantenimiento de la capacidad funcional o vital de las personas;
- b) Que no exista evidencia científica sobre su seguridad y eficacia clínica;
- c) Que no exista evidencia científica sobre su efectividad clínica;
- d) Que su uso no haya sido autorizado por la autoridad competente;
- e) Que se encuentren en fase de experimentación.
- f) Que tengan que ser prestados en el exterior.

Los servicios o tecnologías que cumplan con esos criterios serán explícitamente excluidos por el Ministerio de Salud y Protección Social o la autoridad competente

que determine la ley ordinaria, previo un procedimiento técnico-científico, de carácter público, colectivo, participativo y transparente. En cualquier caso, se deberá evaluar y considerar el criterio de expertos independientes de alto nivel, de las asociaciones profesionales de la especialidad correspondiente y de los pacientes que serían potencialmente afectados con la decisión de exclusión. Las decisiones de exclusión no podrán resultar en el fraccionamiento de un servicio de salud previamente cubierto, y ser contrarias al principio de integralidad e interculturalidad. Para ampliar progresivamente los beneficios la ley ordinaria determinará un mecanismo técnico-científico, de carácter público, colectivo, participativo y transparente, para definir las prestaciones de salud cubiertas por el Sistema.

Parágrafo 1°. El Ministerio de Salud y Protección Social tendrá hasta dos años para implementar lo señalado en el presente artículo. En este lapso el Ministerio podrá desarrollar el mecanismo técnico, participativo y transparente para excluir servicio o tecnologías de salud.

Parágrafo 2°. Sin perjuicio de las acciones de tutela presentadas para proteger directamente el derecho a la salud, la acción de tutela también procederá para garantizar, entre otros, el derecho a la salud contra las providencias proferidas para decidir sobre las demandas de nulidad y otras acciones contencioso administrativas.

Artículo 16. Procedimiento de resolución de conflictos por parte de los profesionales de la salud. Los conflictos o discrepancias en diagnósticos y/o alternativas terapéuticas generadas a partir de la atención, serán dirimidos por las juntas médicas de los prestadores de servicios de salud o por las juntas médicas de la red de prestadores de servicios salud, utilizando criterios de razonabilidad científica, de acuerdo con el procedimiento de que determine la ley.

CAPÍTULO III. Profesionales y trabajadores de la salud

Artículo 17. Autonomía profesional. Se garantiza la autonomía de los profesionales de la salud para adoptar decisiones sobre el diagnóstico y tratamiento de los

pacientes que tienen a su cargo. Esta autonomía será ejercida en el marco de esquemas de autorregulación, la ética, la racionalidad y la evidencia científica. Se prohíbe todo constreñimiento, presión o restricción del ejercicio profesional que atente contra la autonomía de los profesionales de la salud, así como cualquier abuso en el ejercicio profesional que atente contra la seguridad del paciente. La vulneración de esta disposición será sancionada por los tribunales u organismos profesionales competentes y por los organismos de inspección, vigilancia y control en el ámbito de sus competencias.

Parágrafo. Queda expresamente prohibida la promoción u otorgamiento de cualquier tipo de prebendas o dadivas a profesionales y trabajadores de la salud en el marco de su ejercicio laboral, sean estas en dinero o en especie por parte de proveedores; empresas farmacéuticas, productoras, distribuidoras o comercializadoras de medicamentos o de insumos, dispositivos y/o equipos médicos o similares.

Artículo 18. Respeto a la dignidad de los profesionales y trabajadores de la salud. Los trabajadores, y en general el talento humano en salud, estarán amparados por condiciones laborales justas y dignas, con estabilidad y facilidades para incrementar sus conocimientos, de acuerdo con las necesidades institucionales.

CAPÍTULO IV. Otras disposiciones

Artículo 19. Política para el manejo de la información en salud. Con el fin de alcanzar un manejo veraz, oportuno, pertinente y transparente de los diferentes tipos de datos generados por todos los actores, en sus diferentes niveles y su transformación en información para la toma de decisiones, se implementará una política que incluya un sistema único de información en salud, que integre los componentes demográficos, socio-económicos, epidemiológicos, clínicos, administrativos y financieros.

Los agentes del Sistema deben suministrar la información que requiera el Ministerio de Salud y Protección Social, en los términos y condiciones que se determine.

Artículo 20. De la política pública en salud. El Gobierno Nacional deberá implementar una política social de Estado que permita la articulación intersectorial con el propósito de garantizar los componentes esenciales del derecho, afectando de manera positiva los determinantes sociales de la salud.

De igual manera dicha política social de Estado se deberá basar en la promoción de la salud, prevención de la enfermedad y su atención integral, oportuna y de calidad, al igual que rehabilitación.

Artículo 21. Divulgación de información sobre progresos científicos. El Estado deberá promover la divulgación de información sobre los principales avances en tecnologías costo-efectivas en el campo de la salud, así como el mejoramiento en las prácticas clínicas y las rutas críticas.

Artículo 22. Política de Innovación, Ciencia y Tecnología en salud. El Estado deberá establecer una política de Innovación, Ciencia y Tecnológica en salud, orientada a la investigación y generación de nuevos conocimientos en salud, la adquisición y producción de las tecnologías, equipos y herramientas necesarias para prestar un servicio de salud de alta calidad que permita el mejoramiento de la calidad de vida de la población.

Artículo 23. Política Farmacéutica Nacional. El Gobierno Nacional establecerá una Política Farmacéutica Nacional, programática e integral en la que se identifiquen

las estrategias, prioridades, mecanismos de financiación, adquisición, almacenamiento, producción, compra y distribución de los insumos, tecnologías y medicamentos, así como los mecanismos de regulación de precios de medicamentos. Esta política estará basada en criterios de necesidad, calidad, costo efectividad, suficiencia y oportunidad. Con el objetivo de mantener la transparencia en la oferta de medicamentos necesarios para proteger el derecho fundamental a la salud, una vez por semestre la entidad responsable de la expedición del registro sanitario, emitirá un informe de carácter público sobre los registros otorgados a nuevos medicamentos incluyendo la respectiva información terapéutica. Así mismo, remitirá un listado de los registros negados y un breve resumen de las razones que justificaron dicha determinación.

Parágrafo. El Gobierno Nacional, por intermedio del Ministerio de Salud y Protección Social, estará a cargo de regular los precios de los medicamentos a nivel nacional para los principios activos. Dichos precios se determinarán con base en comparaciones internacionales. En todo caso no podrán superar el precio internacional de referencia de acuerdo con la metodología que defina el Gobierno Nacional. El precio se regulará los precios de los medicamentos hasta la salida del proveedor mayorista. El Gobierno Nacional deberá regular el margen de distribución y comercialización cuando éste no refleje condiciones competitivas.

Artículo 24. Deber de garantizar la disponibilidad de servicios en zonas marginadas. El Estado deberá garantizar la disponibilidad de los servicios de salud para toda la población en el territorio nacional, en especial, en las zonas marginadas o de baja densidad poblacional. La extensión de la red pública hospitalaria no depende de la rentabilidad económica, sino de la rentabilidad social. En zonas dispersas, el Estado deberá adoptar medidas razonables y eficaces, progresivas y continuas, para garantizar opciones con el fin de que sus habitantes accedan oportunamente a los servicios de salud que requieran con necesidad.

Artículo 25. Destinación e inembargabilidad de los recursos. Los recursos públicos que financian la salud son inembargables, tienen destinación específica y no podrán ser dirigidos a fines diferentes a los previstos constitucional y legalmente.

Artículo 26. Vigencia y derogatorias. La presente ley rige a partir de su publicación y deroga las disposiciones que le sean contrarias

Anexo 2

LEY 1751 DE 2015

CAPITULO I

Objeto, elementos esenciales, principios, derechos y deberes

Artículo 1°. Objeto. La presente ley tiene por objeto garantizar el derecho fundamental a la salud, regularlo y establecer sus mecanismos de protección.

Artículo 2°. Naturaleza y contenido del derecho fundamental a la salud. El derecho fundamental a la salud es autónomo e irrenunciable en lo individual y en lo colectivo. Comprende el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud. El Estado adoptará políticas para asegurar la igualdad de trato y oportunidades en el acceso a las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación para todas las personas. De conformidad con el artículo 49 de la Constitución Política, su prestación como servicio público esencial obligatorio, se ejecuta bajo la indelegable dirección, supervisión, organización, regulación, coordinación y control del Estado.

Artículo 3°. Ámbito de aplicación. La presente ley se aplica a todos los agentes, usuarios y demás que intervengan de manera directa o indirecta, en la garantía del derecho fundamental a la salud.

Artículo 4°. Definición de Sistema de Salud. Es el conjunto articulado y armónico de principios y normas; políticas públicas; instituciones; competencias y procedimientos; facultades, obligaciones, derechos y deberes; financiamiento; controles; información y evaluación, que el Estado disponga para la garantía y materialización del derecho fundamental de la salud.

Artículo 5°. Obligaciones del Estado. El Estado es responsable de respetar, proteger y garantizar el goce efectivo del derecho fundamental a la salud; para ello deberá:

- a) Abstenerse de afectar directa o indirectamente en el disfrute del derecho fundamental a la salud, de adoptar decisiones que lleven al deterioro de la salud de la población y de realizar cualquier acción u omisión que pueda resultar en un daño en la salud de las personas;
- b) Formular y adoptar políticas de salud dirigidas a garantizar el goce efectivo del derecho en igualdad de trato y oportunidades para toda la población, asegurando para ello la coordinación armónica de las acciones de todos los agentes del Sistema;
- c) Formular y adoptar políticas que propendan por la promoción de la salud, prevención y atención de la enfermedad y rehabilitación de sus secuelas, mediante acciones colectivas e individuales;
- d) Establecer mecanismos para evitar la violación del derecho fundamental a la salud y determinar su régimen sancionatorio;
- e) Ejercer una adecuada inspección, vigilancia y control mediante un órgano y/o las entidades especializadas que se determinen para el efecto;
- f) Velar por el cumplimiento de los principios del derecho fundamental a la salud en todo el territorio nacional, según las necesidades de salud de la población;
- g) Realizar el seguimiento continuo de la evolución de las condiciones de salud de la población a lo largo del ciclo de vida de las personas;
- h) Realizar evaluaciones sobre los resultados de goce efectivo del derecho fundamental a la salud, en función de sus principios y sobre la forma como el

Sistema avanza de manera razonable y progresiva en la garantía al derecho fundamental de salud;

i) Adoptar la regulación y las políticas indispensables para financiar de manera sostenible los servicios de salud y garantizar el flujo de los recursos para atender de manera oportuna y suficiente las necesidades en salud de la población;

j) Intervenir el mercado de medicamentos, dispositivos médicos e insumos en salud con el fin de optimizar su utilización, evitar las inequidades en el acceso, asegurar la calidad de los mismos o en general cuando pueda derivarse una grave afectación de la prestación del servicio.

Artículo 6°. Elementos y principios del derecho fundamental a la salud. El derecho fundamental a la salud incluye los siguientes elementos esenciales e interrelacionados:

a) **Disponibilidad.** El Estado deberá garantizar la existencia de servicios y tecnologías e instituciones de salud, así como de programas de salud y personal médico y profesional competente;

b) **Aceptabilidad.** Los diferentes agentes del sistema deberán ser respetuosos de la ética médica así como de las diversas culturas de las personas, minorías étnicas, pueblos y comunidades, respetando sus particularidades socioculturales y cosmovisión de la salud, permitiendo su participación en las decisiones del sistema de salud que le afecten, de conformidad con el artículo 12 de la presente ley y responder adecuadamente a las necesidades de salud relacionadas con el género y el ciclo de vida. Los establecimientos deberán prestar los servicios para mejorar el estado de salud de las personas dentro del respeto a la confidencialidad;

c) **Accesibilidad.** Los servicios y tecnologías de salud deben ser accesibles a todos, en condiciones de igualdad, dentro del respeto a las especificidades de los

diversos grupos vulnerables y al pluralismo cultural. La accesibilidad comprende la no discriminación, la accesibilidad física, la asequibilidad económica y el acceso a la información;

d) **Calidad e idoneidad profesional.** Los establecimientos, servicios y tecnologías de salud deberán estar centrados en el usuario, ser apropiados desde el punto de vista médico y técnico y responder a estándares de calidad aceptados por las comunidades científicas. Ello requiere, entre otros, personal de la salud adecuadamente competente, enriquecida con educación continua e investigación científica y una evaluación oportuna de la calidad de los servicios y tecnologías ofrecidos.

Así mismo, el derecho fundamental a la salud comporta los siguientes principios:

- a) **Universalidad.** Los residentes en el territorio colombiano gozarán efectivamente del derecho fundamental a la salud en todas las etapas de la vida;
- b) **Pro homine.** Las autoridades y demás actores del sistema de salud, adoptarán la interpretación de las normas vigentes que sea más favorable a la protección del derecho fundamental a la salud de las personas;
- c) **Equidad.** El Estado debe adoptar políticas públicas dirigidas específicamente al mejoramiento de la salud de personas de escasos recursos, de los grupos vulnerables y de los sujetos de especial protección;
- d) **Continuidad.** Las personas tienen derecho a recibir los servicios de salud de manera continua. Una vez la provisión de un servicio ha sido iniciada, este no podrá ser interrumpido por razones administrativas o económicas;
- e) **Oportunidad.** La prestación de los servicios y tecnologías de salud deben proveerse sin dilaciones;

f) **Prevalencia de derechos.** El Estado debe implementar medidas concretas y específicas para garantizar la atención integral a niñas, niños y adolescentes. En cumplimiento de sus derechos prevalentes establecidos por la Constitución Política. Dichas medidas se formularán por ciclos vitales: prenatal hasta seis (6) años, de los (7) a los catorce (14) años, y de los quince (15) a los dieciocho (18) años;

g) **Progresividad del derecho.** El Estado promoverá la correspondiente ampliación gradual y continua del acceso a los servicios y tecnologías de salud, la mejora en su prestación, la ampliación de capacidad instalada del sistema de salud y el mejoramiento del talento humano, así como la reducción gradual y continua de barreras culturales, económicas, geográficas, administrativas y tecnológicas que impidan el goce efectivo del derecho fundamental a la salud;

h) **Libre elección.** Las personas tienen la libertad de elegir sus entidades de salud dentro de la oferta disponible según las normas de habilitación;

i) **Sostenibilidad.** El Estado dispondrá, por los medios que la ley estime apropiados, los recursos necesarios y suficientes para asegurar progresivamente el goce efectivo del derecho fundamental a la salud, de conformidad con las normas constitucionales de sostenibilidad fiscal;

j) **Solidaridad.** El sistema está basado en el mutuo apoyo entre las personas, generaciones, los sectores económicos, las regiones y las comunidades;

k) **Eficiencia.** El sistema de salud debe procurar por la mejor utilización social y económica de los recursos, servicios y tecnologías disponibles para garantizar el derecho a la salud de toda la población;

l) **Interculturalidad.** Es el respeto por las diferencias culturales existentes en el país y en el ámbito global, así como el esfuerzo deliberado por construir

mecanismos que integren tales diferencias en la salud, en las condiciones de vida y en los servicios de atención integral de las enfermedades, a partir del reconocimiento de los saberes, prácticas y medios tradicionales, alternativos y complementarios para la recuperación de la salud en el ámbito global;

m) **Protección a los pueblos indígenas.** Para los pueblos indígenas el Estado reconoce y garantiza el derecho fundamental a la salud integral, entendida según sus propias cosmovisiones y conceptos, que se desarrolla en el Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural (SISPI);

n) **Protección pueblos y comunidades indígenas, ROM y negras, afrocolombianas, raizales y palanqueras.** Para los pueblos y comunidades indígenas, ROM y negras, afrocolombianas, raizales y palanqueras, se garantizará el derecho a la salud como fundamental y se aplicará de manera concertada con ellos, respetando sus costumbres.

Parágrafo. Los principios enunciados en este artículo se deberán interpretar de manera armónica sin privilegiar alguno de ellos sobre los demás. Lo anterior no obsta para que sean adoptadas acciones afirmativas en beneficio de sujetos de especial protección constitucional como la promoción del interés superior de las niñas, niños y mujeres en estado de embarazo y personas de escasos recursos, grupos vulnerables y sujetos de especial protección.

Artículo 7°. Evaluación anual de los indicadores del goce efectivo. El Ministerio de Salud y Protección Social divulgará evaluaciones anuales sobre los resultados de goce efectivo del derecho fundamental a la salud, en función de los elementos esenciales de accesibilidad, disponibilidad, aceptabilidad y calidad.

Con base en los resultados de dicha evaluación se deberán diseñar e implementar políticas públicas tendientes a mejorar las condiciones de salud de la población.

El informe sobre la evolución de los indicadores de goce efectivo del derecho fundamental a la salud deberá ser presentado a todos los agentes del sistema.

Artículo 8°. La integralidad. Los servicios y tecnologías de salud deberán ser suministrados de manera completa para prevenir, paliar o curar la enfermedad, con independencia del origen de la enfermedad o condición de salud, del sistema de provisión, cubrimiento o financiación definido por el legislador. No podrá fragmentarse la responsabilidad en la prestación de un servicio de salud específico en desmedro de la salud del usuario.

En los casos en los que exista duda sobre el alcance de un servicio o tecnología de salud cubierto por el Estado, se entenderá que este comprende todos los elementos esenciales para lograr su objetivo médico respecto de la necesidad específica de salud diagnosticada.

Artículo 9°. Determinantes sociales de salud. Es deber del Estado adoptar políticas públicas dirigidas a lograr la reducción de las desigualdades de los determinantes sociales de la salud que incidan en el goce efectivo del derecho a la salud, promover el mejoramiento de la salud, prevenir la enfermedad y elevar el nivel de la calidad de vida. Estas políticas estarán ' orientadas principalmente al logro de la equidad en salud. El legislador creará los mecanismos que permitan identificar situaciones o políticas de otros sectores que tienen un impacto directo en los resultados en salud y determinará los procesos para que las autoridades del sector salud participen en la toma de decisiones conducentes al mejoramiento de dichos resultados.

Parágrafo. Se entiende por determinantes sociales de salud aquellos factores que determinan la aparición de la enfermedad, tales como los sociales, económicos, culturales, nutricionales, ambientales, ocupacionales, habitacionales, de educación y de acceso a los servicios públicos, los cuales serán financiados con recursos

diferentes a los destinados al cubrimiento de los servicios y tecnologías de salud.

Artículo 10. Derechos y deberes de las personas, relacionados con la prestación del servicio de salud. Las personas tienen los siguientes derechos relacionados con la prestación del servicio de salud:

- a) A acceder a los servicios y tecnologías de salud, que le garanticen una atención integral, oportuna y de alta calidad;
- b) Recibir la atención de urgencias que sea requerida con la oportunidad que su condición amerite sin que sea exigible documento o cancelación de pago previo alguno;
- c) A mantener una comunicación plena, permanente, expresa y clara con el profesional de la salud tratante;
- d) A obtener una información clara, apropiada y suficiente por parte del profesional de la salud tratante que le permita tomar decisiones libres, conscientes e informadas respecto de los procedimientos que le vayan a practicar y riesgos de los mismos. Ninguna persona podrá ser obligada, contra su voluntad, a recibir tratamiento de salud;
- e) A recibir prestaciones de salud en las condiciones y términos consagrados en la ley;
- f) A recibir un trato digno, respetando sus creencias y costumbres, así como las opiniones personales que tengan sobre los procedimientos;
- g) A que la historia clínica sea tratada de manera confidencial y reservada y que únicamente pueda ser conocida por terceros, previa autorización del paciente o en los casos previstos en la ley, y a poder consultar la totalidad de su historia clínica

en forma gratuita y a obtener copia de la misma;

h) A qué se le preste durante todo el proceso de la enfermedad, asistencia de calidad por trabajadores de la salud debidamente capacitados y autorizados para ejercer;

i) A la provisión y acceso oportuno a las tecnologías y a los medicamentos requeridos;

j) A recibir los servicios de salud en condiciones de higiene, seguridad y respeto a su intimidad;

k) A la intimidad. Se garantiza la confidencialidad de toda información que sea suministrada en el ámbito del acceso a los servicios de salud y de las condiciones de salud y enfermedad de la persona, sin perjuicio de la posibilidad de acceso a la misma por los familiares en los eventos autorizados por la ley o las autoridades en las condiciones que esta determine;

l) A recibir información sobre los canales formales para presentar reclamaciones, quejas, sugerencias y en general, para comunicarse con la administración de las instituciones, así como a recibir una respuesta por escrito;

m) A solicitar y recibir explicaciones o rendición de cuentas acerca de los costos por los tratamientos de salud recibidos;

n) A qué se le respete la voluntad de aceptación o negación de la donación de sus órganos de conformidad con la ley;

o) A no ser sometido en ningún caso a tratos crueles o inhumanos que afecten su dignidad, ni a ser obligados a soportar sufrimiento evitable, ni obligados a padecer enfermedades que pueden recibir tratamiento;

p) A que no se trasladen las cargas administrativas y burocráticas que les corresponde asumir a los encargados o intervinientes en la prestación del servicio;

q) Agotar las posibilidades de tratamiento para la superación de su enfermedad.

Son deberes de las personas relacionados con el servicio de salud, los siguientes:

a) Propender por su autocuidado, el de su familia y el de su comunidad;

b) Atender oportunamente las recomendaciones formuladas en los programas de promoción y prevención;

c) Actuar de manera solidaria ante las situaciones que pongan en peligro la vida o la salud de las personas;

d) Respetar al personal responsable de la prestación y administración de los servicios salud;

e) Usar adecuada y racionalmente las prestaciones ofrecidas, así como los recursos del sistema;

f) Cumplir las normas del sistema de salud;

g) Actuar de buena fe frente al sistema de salud;

h) Suministrar de manera oportuna y suficiente la información que se requiera para efectos del servicio;

i) Contribuir solidariamente al financiamiento de los gastos que demande la atención en salud y la seguridad social en salud, de acuerdo con su capacidad de pago

Parágrafo 1°. Los efectos del incumplimiento de estos deberes solo podrán ser determinados por el legislador. En ningún caso su incumplimiento podrá ser invocado para impedir o restringir el acceso oportuno a servicios de salud requeridos. En ningún caso su incumplimiento podrá ser invocado para impedir o restringir el acceso oportuno a servicios de salud requeridos.

Parágrafo 2°. El Estado deberá definir las políticas necesarias para promover el cumplimiento de los deberes de las personas, sin perjuicio de lo establecido en el parágrafo 1°.

Artículo 11. Sujetos de especial protección. La atención de niños, niñas y adolescentes, mujeres en estado de embarazo, desplazados, víctimas de violencia y del conflicto armado, la población adulta mayor, personas que sufren de enfermedades huérfanas y personas en condición de discapacidad, gozarán de especial protección por parte del Estado. Su atención en salud no estará limitada por ningún tipo de restricción administrativa o económica. Las instituciones que hagan parte del sector salud deberán definir procesos de atención intersectoriales e interdisciplinarios que le garanticen las mejores condiciones de atención.

En el caso de las mujeres en estado de embarazo, se adoptarán medidas para garantizar el acceso a los servicios de salud que requieren durante el embarazo y con posterioridad al mismo y para garantizar que puedan ejercer sus derechos fundamentales en el marco del acceso a servicios de salud.

Parágrafo 1° Las víctimas de cualquier tipo de violencia sexual tienen derecho a acceder de manera prioritaria a los tratamientos psicológicos y psiquiátricos que requieran.

Parágrafo 2°. En el caso de las personas víctimas de la violencia y del conflicto armado, el Estado desarrollará el programa de atención psicosocial y salud integral a las víctimas de que trata el artículo 137 de la Ley 1448 de 2011.

CAPÍTULO II

Garantía y mecanismos de protección del derecho fundamental a la salud

Artículo 12. Participación en las decisiones del sistema de salud. El derecho fundamental a la salud comprende el derecho de las personas a participar en las decisiones adoptadas por los agentes del sistema de salud que la afectan o interesan. Este derecho incluye:

- a) Participar en la formulación de la política de salud así como en los planes para su implementación;
- b) Participar en las instancias de deliberación, veeduría y seguimiento del Sistema;
- c) Participar en los programas de promoción y prevención que sean establecidos;
- d) Participar en las decisiones de inclusión o exclusión de servicios y tecnologías;
- e) Participar en los procesos de definición de prioridades de salud;
- f) Participar en decisiones que puedan significar una limitación o restricción en las condiciones de acceso a establecimientos de salud;
- g) Participar en la evaluación de los resultados de las políticas de salud.

Artículo 13. Redes de servicios. El sistema de salud estará organizado en redes integrales de servicios de salud, las cuales podrán ser públicas, privadas o mixtas.

Artículo 14. Prohibición de la negación de prestación de servicios. Para acceder a servicios y tecnologías de salud no se requerirá ningún tipo de autorización administrativa entre el prestador de servicios y la entidad que cumpla la función de gestión de servicios de salud cuando se trate de atención de urgencia.

El Gobierno Nacional definirá los mecanismos idóneos para controlar el uso adecuado y racional de dichos servicios y tecnologías en salud.

Parágrafo 1°. En los casos de negación de los servicios que comprenden el derecho fundamental a la salud con independencia a sus circunstancias, el Congreso de la República definirá mediante ley las sanciones penales y disciplinarias, tanto de los Representantes Legales de las entidades a cargo de la prestación del servicio como de las demás personas que contribuyeron a la misma.

Parágrafo 2°. Lo anterior sin perjuicio de la tutela.

Artículo 15. Prestaciones de salud. El Sistema garantizará el derecho fundamental a la salud a través de la prestación de servicios y tecnologías, estructurados sobre una concepción integral de la salud, que incluya su promoción, la prevención, la paliación, la atención de la enfermedad y rehabilitación de sus secuelas. En todo caso, los recursos públicos asignados a la salud no podrán destinarse a financiar servicios y tecnologías en los que se advierta alguno de los siguientes criterios:

- a) Que tengan como finalidad principal un propósito cosmético o suntuario no relacionado con la recuperación o mantenimiento de la capacidad funcional o vital de las personas;
- b) Que no exista evidencia científica sobre su seguridad y eficacia clínica;
- c) Que no exista evidencia científica sobre su efectividad clínica;
- d) Que su uso no haya sido autorizado por la autoridad competente;
- e) Que se encuentren en fase de experimentación;

f) Que tengan que ser prestados en el exterior.

Los servicios o tecnologías que cumplan con esos criterios serán explícitamente excluidos por el Ministerio de Salud y Protección Social o la autoridad competente que determine la ley ordinaria, previo un procedimiento técnico-científico, de carácter público, colectivo, participativo y transparente. En cualquier caso, se deberá evaluar y considerar el criterio de expertos independientes de alto nivel, de las asociaciones profesionales de la especialidad correspondiente y de los pacientes que serían potencialmente afectados con la decisión de exclusión. Las decisiones de exclusión no podrán resultar en el fraccionamiento de un servicio de salud previamente cubierto, y ser contrarias al principio de integralidad e interculturalidad. Para ampliar progresivamente los beneficios la ley ordinaria determinará un mecanismo técnico-científico, de carácter público, colectivo, participativo y transparente.

Parágrafo 1°. El Ministerio de Salud y Protección Social tendrá hasta dos años para implementar lo señalado en el presente artículo. En este lapso el Ministerio podrá desarrollar el mecanismo técnico, participativo y transparente para excluir servicios o tecnologías de salud.

Parágrafo 2°. Sin perjuicio de las acciones de tutela presentadas para proteger directamente el derecho a la salud, la acción de tutela también procederá para garantizar, entre otros, el derecho a la salud contra las providencias proferidas para decidir sobre las demandas de nulidad y otras acciones contencioso administrativas.

Parágrafo 3°. Bajo ninguna circunstancia deberá entenderse que los criterios de exclusión definidos en el presente artículo, afectarán el acceso a tratamientos a las personas que sufren enfermedades raras o huérfanas.

Artículo 16. Procedimiento de resolución de conflictos por parte de los profesionales de la salud. Los conflictos o discrepancias en diagnósticos y/o alternativas terapéuticas generadas a partir de la atención, serán dirimidos por las juntas médicas de los prestadores de servicios de salud o por las juntas médicas de la red de prestadores de servicios de salud, utilizando criterios de razonabilidad científica, de acuerdo con el procedimiento que determine la ley.

CAPÍTULO III

Profesionales y trabajadores de la salud

Artículo 17. Autonomía profesional. Se garantiza la autonomía de los profesionales de la salud para adoptar decisiones sobre el diagnóstico y tratamiento de los pacientes que tienen a su cargo. Esta autonomía será ejercida en el marco de esquemas de autorregulación, la ética, la racionalidad la evidencia científica.

Se prohíbe todo constreñimiento, presión o restricción del ejercicio profesional que atente contra la autonomía de los profesionales de la salud, así como cualquier abuso en el ejercicio profesional que atente contra la seguridad del paciente.

La vulneración de esta disposición será sancionada por los tribunales u organismos profesionales competentes y por los organismos de inspección, vigilancia y control en el ámbito de sus competencias.

Parágrafo. Queda expresamente prohibida la promoción u otorgamiento de cualquier tipo de prebendas o dádivas a profesionales y trabajadores de la salud en el marco de su ejercicio laboral, sean estas en dinero o en especie por parte de proveedores; empresas farmacéuticas, productoras, distribuidoras o comercializadoras de medicamentos o de insumos, dispositivos y/o equipos médicos o similares.

Artículo 18. Respeto a la dignidad de los profesionales y trabajadores de la salud. Los trabajadores, y en general el talento humano en salud, estarán amparados por condiciones laborales justas y dignas, con estabilidad y facilidades para incrementar sus conocimientos, de acuerdo con las necesidades institucionales.

CAPÍTULO IV

Otras disposiciones

Artículo 19. Política para el manejo de la información en salud. Con el fin de alcanzar un manejo veraz, oportuno, pertinente y transparente de los diferentes tipos de datos generados por todos los actores, en sus diferentes niveles y su transformación en información para la toma de decisiones, se implementará una política que incluya un sistema único de información en salud, que integre los componentes demográficos, socioeconómicos, epidemiológicos, clínicos, administrativos y financieros. Los agentes del Sistema deben suministrar la información que requiera el Ministerio de Salud y Protección Social, en los términos y condiciones que se determine.

Artículo 20. De la política pública en salud. El Gobierno Nacional deberá implementar una política social de Estado que permita la articulación intersectorial con el propósito de garantizar los componentes esenciales del derecho, afectando de manera positiva los determinantes sociales de la salud. De igual manera dicha política social de Estado se deberá basar en la promoción de la salud, prevención de la enfermedad y su atención integral, oportuna y de calidad, al igual que rehabilitación.

Artículo 21. Divulgación de información sobre progresos científicos. El Estado deberá promover la divulgación de información sobre los principales

avances en tecnologías costo-efectivas en el campo de la salud, así como el mejoramiento en las prácticas clínicas y las rutas críticas.

Artículo 22. Política de Innovación, Ciencia y Tecnología en Salud. El Estado deberá establecer una política de Innovación, Ciencia y Tecnológica en Salud, orientada a la investigación y generación de nuevos conocimientos en salud, la adquisición y producción de las tecnologías, equipos y herramientas necesarias para prestar un servicio de salud de alta calidad que permita el mejoramiento de la calidad de vida de la población.

Artículo 23. Política Farmacéutica Nacional. El Gobierno Nacional establecerá una Política Farmacéutica Nacional, programática e integral en la que se identifiquen las estrategias, prioridades, mecanismos de financiación, adquisición, almacenamiento, producción, compra y distribución de los insumos, tecnologías y medicamentos, así como los mecanismos de regulación de precios de medicamentos. Esta política estará basada en criterios de necesidad, calidad, costo efectividad, suficiencia y oportunidad. Con el objetivo de mantener la transparencia en la oferta de medicamentos necesarios para proteger el derecho fundamental a la salud, una vez por semestre la entidad responsable de la expedición del registro sanitario emitirá un informe de carácter público sobre los registros otorgados a nuevos medicamentos incluyendo la respectiva información terapéutica. Así mismo, remitirá un listado de los registros negados y un breve resumen de las razones que justificaron dicha determinación.

Parágrafo. El Gobierno Nacional, por intermedio del Ministerio de Salud y Protección Social, estará a cargo de regular los precios de los medicamentos a nivel nacional para los principios activos. Dichos precios se determinarán con base en comparaciones internacionales. En todo caso no podrán superar el precio internacional de referencia de acuerdo con la metodología que defina el Gobierno Nacional.

Se regularán los precios de los medicamentos hasta la salida del proveedor mayorista. El Gobierno Nacional deberá regular el margen de distribución y comercialización cuando éste no refleje condiciones competitivas.

Artículo 24. Deber de garantizar la disponibilidad de servicios en zonas marginadas. El Estado deberá garantizar la disponibilidad de los servicios de salud para toda la población en el territorio nacional, en especial, en las zonas marginadas o de baja densidad poblacional. La extensión de la red pública hospitalaria no depende de la rentabilidad económica, sino de la rentabilidad social. En zonas dispersas, el Estado deberá adoptar medidas razonables y eficaces, progresivas y continuas, para garantizar opciones con el fin de que sus habitantes accedan oportunamente a los servicios de salud que requieran con necesidad.

Artículo 25. Destinación e inembargabilidad de los recursos. Los recursos públicos que financian la salud son inembargables, tienen destinación específica y no podrán ser dirigidos a fines diferentes a los previstos constitucional y legalmente.

Artículo 26. Vigencia y derogatorias. La presente ley rige a partir de su publicación y deroga las disposiciones que le sean contrarias